THESIS MUNICH 1965

DIE PROGNOSE FUNKTIONELLER MAGENBESCHWERDEN

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ÜBER DEN AUSGANG FUNKTIONELLER MAGENBESCHWERDEN 10 JAHRE NACH DER DIAGNOSESTELLUNG

Helga Fleischhauer-Hardt

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154008_0173

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Professor Dr. W. Seitz

DIE PROGNOSE FUNKTIONELLER MAGENBESCHWERDEN

KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ÜBER DEN AUSGANG FUNKTIONELLER MAGENBESCHWERDEN 10 JAHRE NACH DIAGNOSESTELLUNG

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Helga Fleischhauer-Hardt

aus Konz

München 1965

G. Bauknecht, Dissertations-Druckerei, 8 München 8, Zeppelinstr. 79, Tel. 458195

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Professor Dr. W. SEITZ
Dekan: Professor Dr. O. HUG

Tag der mündlichen Prüfung: 4. Mai 1965

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	5
II.	MATERIAL UND METHODE	7
	1. Aussuchen geeigneter Fälle aus dem Krankengut der Medizinischen Poliklinik	7
	2. Einbestellung der Patienten	8
	3. Exploration nach einem Schema	10
	4. Klinische Untersuchung	11
III.	ERGEBNISSE	11
	1. Prozentualer Anteil der "funktionellen Magenbeschwerden" am durchsuchten Krankengut	11
	2. Zahlenmäßige Beteiligung der Patienten an der Untersuchung	12
	3. Prozentuale Beteiligung männlicher und weiblicher Patienten	12
	4. Zahl der Patienten in den verschiedenen Altersgruppen	13
	5. Berufsaufgliederung der Patienten	14
	6. Wandlung der sozialen Verhältnisse der Patienten	14
	7. Einteilung der Patienten im Bezug auf die Entwicklung ihrer Magensymptome innerhalb der letzten 10 Jahre	15
	8. Häufigkeit des Auftretens von Magensymptomen durch seelische Erregung	37
	9. Aufführung der außer Magenbeschwerden geklagten Leiden nach ihrer Art und Häufigkeit in den einzelnen Gruppen	38
IV.	BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE	41
V.	ZUSAMMENFASSUNG	50
VI.	LITERATURVERZEICHNIS	52

I. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Wir gebrauchen den Ausdruck "funktionell" in dem von G. v. BERGMANN (2) erarbeiteten Sinne, der sich zunächst programmatisch gegen die These wandte, daß nur lokalisiertes, pathologisch anatomisch dokumentiertes Geschehen als Krankheit anzusprechen sei. Im Gegensatz zu der überkommenen Ansicht VIRCHOWS gilt jetzt als Krankheit auch eine Störung, die nicht, oder nicht objektiv nachweisbar ist. Solche Störungen versteht v. Bergmann als Störungen der Funktion, als Betriebsstörungen, die im fließenden Übergang bis zur morphologischen Manifestation verlaufen können. Diesen Gedanken des Übergangs funktioneller in morphologische Störungen äußerte BICHAT (3) bereits 1901. Die Betriebsstörung kann den Umbau des Betriebes bewirken. Diesem dynamischen Denken stellen sich Krankheitsprozesse als ein Kontinuum von der Pathologie der Funktion zur Pathologie der Struktur dar. So kann v. Bergmann formulieren: "Das anatomische Substrat ist gewissermaßen die morphologische Epikrise zu einer oft vieljährigen Betriebsstörung."

Ätiologisch stellt die Funktionsstörung die monotone Antwort des Organismus auf eine große Zahl verursachender Momente dar. Wie uns die Bauchfensterbeobachtungen und die Untersuchungen von WOLF und WOLFF (35, 36) zeigten, reichen sie von normphysiologischen Reizen über pathophysiologische - sowohl endogener wie exogener Natur - bis zu solchen psychischer Art.

Den Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauungen über das Bestehen funktioneller Störungen in der Vorgeschichte organischer Krankheiten - des Ulkus, der Hypertonie, der Tachykardie, der colitis ulcerosa - sah v. Bergmann u. a. in der Tatsache, daß derartige Betriebsstörungen den organischen Strukturschäden lange Zeit vorauszugehen pflegen.

Das Problem ist jedoch nicht ganz so einfach, wie es zunächst erscheint. Da die Röntgenuntersuchung keine absolut sichere Diagnostik des Ulcus gestattet, wäre es möglich, daß die als funktionell verstandene Vorphase bereits Ausdruck des manifesten Ulcus ist. Sicherlich trifft dies nur in seltenen Fällen zu, da bei der geringen Fehlerbreite der Röntgendiagnostik - nach KENTNER (20) werden 95 % aller Ulcera röntgenologisch erfaßt - die große Zahl funktionaler Vorgeschichten von nachweislich Ulcuskranken nicht zu erklären ist. Andererseits sprechen autoptische Befunde dafür, daß es weit häufiger Ulcera ohne jegliche klinische Manifestation gibt, als es nach den seltenen Spontanulcera erwartet werden kann. Aber auch diese Zahl kann die Häufung funktioneller Vorphasen im Krankheitsprozeß des Ulcus nicht in ihrer funktionellen Natur entwerten. Es erhebt sich die Frage, ob diese Fälle nicht als Beweis für die Auffassung v. Bergmanns zu betrachten sind, nach der "nicht jede gestörte Struktur Krankheit, die 'functio laesa' aber in jedem Falle Krankheit ist." Vielleicht hängt es aber auch von gewissen Faktoren ab, ob ein Ulcus Beschwerden macht oder nicht: Lokalisation, Tiefe, Ausdehnung. So

wissen wir z. B., daß die cardianahen Ulcera nie stumm bleiben. Andererseits könnte das Phänomen der stummen Ulcera darauf hinweisen, daß Strukturdefekte, die nicht in das psychophysische Geschehen, in die Beziehung des Menschen zu seinem Magen einbezogen sind, subjektiv bedeutungslos bleiben. Nimmt man diesen Gedanken als Arbeitshypothese, so würde das bedeuten, daß es sich hier ätiologisch um zwei verschiedene Ulcusarten handelt. Dafür spräche z. B. die analoge Beobachtung am Herzen, daß organische Befunde nicht immer als Krankheit, funktionelle ohne Befund stets als solche erlebt werden.

Da die Untersuchung des Problems vom Symptomträger aus kritische Einwände rechtfertigt, wollen wir das Schicksal der funktionellen Magenbeschwerden (fM) verfolgen. Wir gehen so vor, daß wir bei einer Gruppe von Kranken, bei denen die klinische Untersuchung keinen Anhalt für eine organische Wandveränderung erbringen konnte, 10 Jahre nach der Erstuntersuchung katamnestisch prüfen, was aus den fM geworden ist.

II. MATERIAL UND METHODE

1. AUSSUCHEN GEEIGNETER FÄLLE AUS DEM KRANKENGUT DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK

In der Medizinischen Poliklinik der Universität München wurden aus den insgesamt 21.500 Krankenblättern der Jahre 1949, 1950 und 1951 alle Fälle, die man unter den Begriff "funktionelle Magenbeschwerden" stellen kann, herausgesucht. Es handelte sich um Patienten, die damals in ambulanter Behandlung waren. Bei allen war damals eine röntgenologische Untersuchung des Magens vorgenommen worden. Wir erfaßten nur solche Fälle, die keine organischen Wandveränderungen gezeigt hatten.

Es wurden Krankenblätter mit folgenden Diagnosen erfaßt:

Nervöses Magenleiden
Nervöse Magenbeschwerden
Vegetativ bedingte Magenbeschwerden
Magenneurose
Magenbeschwerden
Gastritis
Anacide Gastritis
Subacide Gastritis
Subacide Gastritis mit Aerophagie
Subacidität
Anacidität
Anacidität des Magens
Subacidität des Magens
Subacide Gastritis
Hypersekretorische Gastritis
Hyperacide Gastritis
Hyperacidität

Da in manchen Fällen die Diagnose offen gelassen war, trafen wir hier die Auswahl nach den typischen Beschwerden in der Anamnese.

Folgende Angaben wurden von jedem Patienten festgehalten:

1. laufende Nummer,
2. Krankenblattnummer,
3. Name,
4. Anschrift,
5. Geburtsdatum,
6. Alter,
7. Beruf,

8. Krankenkasse,
9. Diagnose.

Wir fanden unter den 21.500 Krankenblättern insgesamt 574 Fälle mit funktionellen Magenstörungen.

Diese Patienten mußten nun schriftlich zu einer Exploration und Nachuntersuchung in die Medizinische Poliklinik bestellt werden.

2. EINBESTELLUNG DER PATIENTEN

Es konnten jedoch nicht alle der 574 Fälle angeschrieben werden und zwar aus folgenden Gründen:

1. Ein Teil der Patienten lebte 1949 bis 1951 in Notwohnungen und Durchgangslagern, die heute aufgelöst sind: 37 Patienten.

2. Diejenigen Patienten, die damals an Münchener Hochschulen studierten und nur vorübergehend hier wohnten, konnten nicht ermittelt werden: 41 Patienten.

3. Manche Patienten wohnen 50 km und weiter von München entfernt, so daß die Fahrtkosten zu hoch sind: 82 Patienten.

Diese insgesamt 160 Patienten wurden nicht einbestellt.

Die übrigen 414 Patienten erhielten eine schriftliche Mitteilung, in der sie gebeten wurden, in die Medizinische Poliklinik zu einer Rücksprache zu kommen. Wir schickten den Patienten zunächst Briefe, die sie in höflichen Worten über den Grund der Rücksprache aufklären sollten, und in denen wir einige Termine zur Auswahl angaben. Auf einer beigelegten frankierten Postkarte sollten die Patienten uns mitteilen, an welchem der angegebenen Termine es ihnen möglich wäre zu kommen. Die Briefe waren hektographiert; sie hatten folgenden Wortlaut:

Medizinische Poliklinik
München 15, Pettenkoferstr. 8a

München, den 1960

Sehr geehrte(r) Frau/Herr ... !

Sie waren vor etwa 10 Jahren zur Behandlung Ihres Magenleidens bei uns in der Klinik. Wir würden nun gerne von Ihnen das weitere Schicksal Ihrer damaligen Erkrankung erfahren. Da dies auch in Ihrem Interesse sein wird, bitten wir Sie, zu diesem Zwecke an einem der unten angegebenen Tage zu uns, Zimmer-Nr. ... zu einer Rücksprache zu kommen. Etwa in Ihrer Hand befindliche Untersuchungsbefunde dür-

fen wir Sie bitten, mitzubringen.

Aus dieser Besprechung entstehen Ihnen keinerlei Kosten. Fahrtauslagen werden wir Ihnen, falls gewünscht, ersetzen.

Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mithilfe an dieser, auch an anderen ehemaligen Patienten durchgeführten Untersuchung, von deren Ergebnis wir hoffen, daß es einer großen Zahl von Patienten nützlich und hilfreich werden kann.

Wir haben für Sie die unten angekreuzten Termine vorgesehen. Würden Sie uns bitte auf beiliegender Karte mitteilen, an welchem dieser Termine Sie kommen können. Sollten Sie zu diesen Zeiten verhindert sein, geben Sie uns bitte einen der anderen unten angegebenen Termine an.

Mo. Di. Mi.) 15.00 - 17.00
Do. Fr.) 17.00 - 19.00
Sa.) 9.00 - 11.00

Hochachtungsvoll

Nun war aber das Ergebnis der ersten 207 Einbestellungen etwas entmutigend. 76 Briefe kamen als unzustellbar zurück. Diese relativ hohe Zahl ist nicht so erstaunlich, wenn man bedenkt, daß in den Jahren nach dem Kriege ein wesentlicher Teil der Großstadtbevölkerung keinen bleibenden Wohnsitz hatte. Von 131 Patienten, die den Brief erhalten hatten, kamen nur 39 zur Untersuchung, also 30 %. Wir hatten mit einer Beteiligung von mindestens 40 - 50 % gerechnet. Um das Ergebnis zu verbessern, suchten wir nach einer anderen Methode, da wir glaubten, der Brieftext sei vielleicht etwas unbestimmt gehalten. Wir schrieben daher Karten mit einem kurzen Text an die restlichen 207 Patienten und hofften, daß diese Art der Bestellung (direkte Anrede ohne Vordruck) sich günstig auswirken könnte. Außerdem gaben wir keine Termine zur Auswahl, sondern setzten die Zeit der Untersuchung genau fest, weil wir erfahren hatten, daß Patienten, die kommen wollten, entweder zur angesetzten Zeit kommen, oder von sich aus um einen neuen Termin bitten würden. Die Karten waren folgendermaßen abgefaßt:

Medizinische Poliklinik
München 15, Pettenkoferstr. 8a

München, den 5.4.1960

Sehr geehrter Herr Meier!

Sie waren 1950 bei uns in ambulanter Behandlung wegen eines Magenleidens. Kommen Sie bitte am Mittwoch, dem 12.4. um 18.30 Uhr in die Medizinische Poliklinik Zimmer-Nr. 215 zu einer Kontrolluntersuchung.

Hochachtungsvoll

Das Ergebnis der Einbestellung durch Karten war etwas besser als das vorherige; es kamen 41 % der Patienten, die Karten erhalten hatten, zur Untersuchung.

3. EXPLORATION NACH EINEM SCHEMA

Die Patienten wurden in der Ambulanz der Medizinischen Poliklinik exploriert und untersucht. Dabei wurde für jeden Patienten ein eigenes Krankenblatt angelegt. Die meisten Patienten waren freundlich und aufgeschlossen, erzahlten bereitwillig ihre Beschwerden bis in alle Einzelheiten. Wir gewannen den Eindruck, daß viele gerne kamen, um über ihre Sorgen und Nöte zu sprechen. Nur wenige Patienten zeigten sich mißtrauisch besorgt, weil sie glaubten, man wolle sie auf Krebs untersuchen. Erst nach eindringlicher Aufklärung über den Sinn der Untersuchung konnten wir diese Bedenken zerstreuen.

Die Exploration erfolgte in Anlehnung an das alte Krankenblatt und an einen vorher zusammengestellten Fragebogen; damit erhielten wir Vergleichsmöglichkeiten.

Folgende Fragen wurden gestellt:

1. Name,
2. Anschrift (wohnt der Patient allein oder bei den Eltern oder Schwiegereltern),
3. Alter und Geburtsdatum,
4. Familienstand,
5. Beruf,
6. Krankenkasse,
7. Sind Sie in ärztlicher Behandlung wegen des Magenleidens oder wegen anderer Beschwerden oder wegen beiden?
8. Welche Medikamente bekommen Sie zur Magenbehandlung? Wie wirken sie?
9. Wie fühlen Sie sich augenblicklich?
10. Sind die alten Magenbeschwerden noch vorhanden, oder nicht mehr, oder schwächer, oder stärker?
11. Hatten Sie inzwischen ein oder mehrere Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre? Wie wurden Sie behandelt, wurde eine Magen- oder Darmoperation durchgeführt? Wenn ja, wie geht es Ihnen seit der Operation?
12. Wenn keine Magenbeschwerden mehr vorhanden sind, seit wann sind sie verschwunden und warum? (Durch Medikamente, Änderung der Lebensweise d.h. neuer Beruf bzw. Diät, Wohnungswechsel, Ehe, Scheidung, oder ist seitdem eine andere Krankheit vorhanden?)
13. Wenn noch Magenbeschwerden vorhanden sind, wie äußern sie sich? (Genaue Beschreibung der Symptome)
14. Wann treten die Beschwerden auf? (Vor oder nach den Mahlzeiten, in welchen Abständen, nachts oder morgens usw. ?)

15. Treten die Beschwerden nach Genuß bestimmter Speisen auf?
16. Besteht eine Abneigung gegen oder Vorliebe für bestimmte Speisen?
17. Halten Sie eine bestimmte Diät ein?
18. Treten die Beschwerden auch bei Aufregungen oder besonders dann auf?
19. Sind diese Aufregungen mehr persönlicher Art, z. B. im Familienleben oder bei der Arbeit?
20. Kommen Sie gut aus mit Ihrer Frau, Ihrem Mann, Ihrer Mutter, Ihrem Vater usw.?
21. Arbeiten Sie gern in Ihrem Beruf?
22. Regen Sie sich leicht auf?
23. Glauben Sie, daß Sie ein "nervöses Magenleiden" haben?
24. Wann hat das Magenleiden begonnen; worin sehen Sie die Ursache?
25. Wie hat sich das Leiden im Laufe der letzten 10 Jahre entwickelt; war es zeitweise schlimmer oder besser? (Ging es Ihnen in persönlicher oder beruflicher Hinsicht besser während der Besserung des Leidens oder schlechter während seiner Verschlimmerung, oder war kein Unterschied in den äußeren Lebensbedingungen?)
26. Rauchen Sie? Wieviel?
27. Trinken Sie Alkohol? Wieviel und wie oft?
28. Haben Sie jetzt ein anderes Leiden, das Ihnen mehr Beschwerden macht? Steht das Magenleiden im Hintergrund? Oder verhält es sich umgekehrt?
29. Ist Stuhlgang und Wasserlaß normal? (Blutige oder schwarze Stühle? Verstopfung?)
30. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zu- oder abgenommen?
31. Fühlen Sie sich voll leistungsfähig trotz Ihres Magenleidens?

4. KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Im Anschluß an die Exploration, die bei jedem Patienten durchschnittlich etwa 30 bis 40 Minuten dauerte, wurden die Patienten klinisch untersucht. Dabei wurde ein regelrechter Status von Kopf, Hals, Thorax, Abdomen und Extremitäten aufgenommen und der Blutdruck gemessen.

III. ERGEBNISSE

1. PROZENTUALER ANTEIL DER "FUNKTIONELLEN MAGENBESCHWERDEN" AM DURCHGESUCHTEN KRANKENGUT

Bei unserer Untersuchung ergab sich zunächst, daß 2,7 % der von uns durchgesuchten 21.500 Fälle aus den Jahren 1949 bis 1951 als "funktionelle Magenbeschwerden" eingeordnet werden können.

2. ZAHLENMÄSSIGE BETEILIGUNG DER PATIENTEN AN DER UNTERSUCHUNG

Das Ergebnis unserer Einbestellung ist aus folgendem Schema ersichtlich:

	Zahl der Patienten insgesamt:	%	Einbestellt mit Briefen insgesamt:	%	Einbestellt mit Karten insgesamt:	%
Es wurden Patienten einbestellt	414		207		207	
Als unbestellbar kamen zurück	143		76		67	
Beim Empfänger kamen an	271	100	131		140	
Patienten, die nicht erschienen	174	64	92	34	82	30
Patienten, die zur Untersuchung kamen	97	36	39	15	58	21

Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die Zahl der Briefe, die ihren Empfänger erreicht haben (271). Es erschienen also 97 Patienten (36 %) zur Nachuntersuchung. Von diesen insgesamt 97 untersuchten Patienten hatten aber 15 bereits vor 1949 ein oder mehrere Magen- bzw. Duodenalulcera gehabt, was jedoch nicht aus der Anamnese im alten Krankenblatt ersichtlich gewesen war. So verringert sich die Zahl der Patienten, die nachuntersucht werden konnten, auf 82 (30 %).

3. PROZENTUALE BETEILIGUNG MÄNNLICHER UND WEIBLICHER PATIENTEN

Die Verteilung dieser 82 Patienten im männlichen und weiblichen Geschlecht war folgende:

Es waren 42 Männer und 40 Frauen, das Verhältnis also 1,1 : 1.

Unter diesen Fällen befinden sich auch diejenigen, bei denen inzwischen Ulcera gefunden worden waren und solche, die heute keine fM mehr haben. Läßt man diese beiden Gruppen außer Acht, betrachtet man also nur die Patienten, die noch an fM leiden, so stellt man ein Verhältnis Männer zu Frauen wie 1 : 1,2 fest.

Im Vergleich zu den ursprünglich herausgesuchten Fällen hatte es sich etwas verschoben. Unter den 574 Fällen befanden sich damals 339 Männer und 235 Frauen, was einem Verhältnis von 1,4 : 1 entspricht.

4. ZAHL DER PATIENTEN IN DEN VERSCHIEDENEN ALTERSGRUPPEN

Die Verteilung der 82 Patienten in den verschiedenen Dekaden zur Zeit der Diagnosestellung (1949 - 1951) ist aus folgendem Schema ersichtlich:

Altersverteilung 1949 - 1951

Dekade	Männer	%	Frauen	%	Alter
1	3	4	3	4	10 - 19
2	10	12	5	6	20 - 29
3	12	14	7	9	30 - 39
4	13	15	16	20	40 - 49
5	4	5	9	11	50 - 59
6					60 - 69

Altersverteilung der Patienten, bei denen im Laufe der 10 Jahre Ulcera aufgetreten sind. (1960)

Dekade	Männer	%	Frauen	%	Alter
1					10 - 19
2			1	1,5	20 - 29
3	4	5			30 - 39
4	4	5	3	4	40 - 49
5	6	8	1	1,5	50 - 59
6			2	2,5	60 - 69

Altersverteilung der Patienten, bei denen noch fM bestehen und keine Ulcera nachgewiesen wurden. (1960)

Dekade	Männer	%	Frauen	%	Alter
1					10 - 19
2	3	4	2	2,5	20 - 29
3	5	6	5	6	30 - 39
4	6	8	3	4	40 - 49
5	7	9	15	20	50 - 59
6	4	5	6	8	60 - 69

(Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patienten: 82).

5. BERUFSAUFGLIEDERUNG DER PATIENTEN

Gliedert man diese Aufteilung in Obergruppen, so ergibt sich folgendes Bild:

Arbeiter und Handwerker	14 = 17 %	(19 %)
Selbständige und unselbständige verantwortliche Berufe	20 = 24 %	(12 %)
Ungelernte Arbeiter	16 = 20 %	(33 %)
Hausfrauen	23 = 28 %	(23 %)
Rentner	9 = 11 %	(8 %)

Die Zahl in der Klammer gibt die prozentuale Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppe an der Gesamtzahl der Wohnbevölkerung des Stadtgebietes München an. Diese Werte stammen aus dem Buch von J. CREMERIUS (5).

Hausgehilfinnen wurden in die Gruppe der ungelernten Arbeiter eingeordnet.

6. WANDLUNG DER SOZIALEN VERHÄLTNISSE DER PATIENTEN (SOZIALE MOBILITÄT)

Aus dem folgenden Schema wird ersichtlich, wie sich die sozialen Verhältnisse der Probanden im Laufe der vergangenen 10 Jahre geändert haben.

	Anzahl der Männer	% von 42 Männern	Anzahl der Frauen	% von 40 Frauen	Gesamt-% von 82	
sozial verbessert	19	44	7	18	26	32
sozial nicht verändert	17	43	28	70	45	55
sozial verschlechtert	6	13	5	12	11	13

7. EINTEILUNG DER PATIENTEN IM BEZUG AUF DIE ENTWICKLUNG IHRER MAGENSYMPTOME INNERHALB DER LETZTEN 10 JAHRE

Wir verfolgten die Entwicklung der Magensymptome bei unseren Patienten unter drei Hauptgesichtspunkten:

1. Sind aus den fM inzwischen Magen- oder Duodenalulcera entstanden?
2. Sind die fM noch in mehr oder weniger starkem Maße vorhanden?
3. Gibt es Fälle, bei denen eine völlige Heilung der fM eingetreten ist?

Es ergaben sich zunächst 2 zahlenmäßig große Gruppen A und B. Nur wenige Patienten konnten wir in die 3. Hauptgruppe einordnen, (C), die wir nochmals in 2 Untergruppen aufteilten. Bei den Patienten der einen Gruppe ist heute ein anderes Leiden vorhanden, die fM sind völlig verschwunden; die 2. Gruppe von Patienten fühlt sich heute ganz gesund.

Gruppe A: Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen 10 Jahre ein oder mehrere Magen- oder Duodenalulcera röntgenologisch nachgewiesen wurden.

Gruppe B: Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen 10 Jahre kein Magen- oder Duodenalulcus nachgewiesen wurde, und die noch fM haben.

Hier ergab sich eine weitere Einteilung der Patienten nach ihren früheren Symptomen im Vergleich zu den heutigen.

Gruppe 1: Die Symptome sind noch in derselben Art und Stärke vorhanden.

Gruppe 2: Dieselben Symptome sind noch immer vorhanden und haben sich verstärkt.

Gruppe 3: Zu den alten Symptomen sind zwischenzeitlich neue, schwerere Ma-

gensymptome hinzugetreten.

Gruppe 4: Zu den alten Magensymptomen kamen andere, (vorwiegend funktionelle) Beschwerden an anderen Organen hinzu. Beide treten gleichzeitig und gleichwertig auf.

Gruppe 5: Die alten Magenbeschwerden sind noch vorhanden, jedoch steht ein neues Leiden jetzt im Vordergrund.

Gruppe 6: Die Symptome sind schwächer geworden oder teilweise verschwunden:

a) durch Medikamente,
b) durch Medikamente und Diät,
c) durch bessere äußere Verhältnisse,
d) durch Medikamente und bessere äußere Verhältnisse.

Gruppe C: Patienten, bei denen die fM im Laufe der 10 Jahre verschwunden sind.

a) Die alten Magensymptome sind verschwunden, ein anderes Leiden ist jetzt vorhanden.
b) Alle Symptome sind während der vergangenen 10 Jahre verschwunden, die Patienten sind körperlich gesund.

Das Schema auf der folgenden Seite gibt eine Übersicht über die Anzahl der Fälle in den verschiedenen Gruppen.

Gruppe	Männer	% von 42 Männern	Frauen	% von 40 Frauen	Insgesamt	% von 82 Männern u. Frauen
A: ulcus nachgewiesen	14	33	7	18	21	25,6
B: kein ulcus nachgewiesen, fM noch vorhanden	25	60	31	77	56	68,4
1. Symptome gleichgeblieben	4	9,5	3	7,5	7	8,5
2. Verstärkung der Symptome	1	2,5	3	7,5	4	5
3. Neue, schwerere Symptome hinzugekommen	7	16,5	3	7,5	10	12,5
4. Andere Beschwerden treten gleichzeitig auf	2	5	2	5	4	5
5. Neues Leiden steht im Vordergrund	1	2,5	8	19,5	9	11
6. Symptome schwächer geworden oder teilweise verschwunden	10	24	12	30	22	26,4
a) durch Medikamente	3	7,5	-	-	3	3,5
b) durch Med. u. Diät	3	7,5	7	17,5	10	12
c) durch bessere Verhältnisse	4	9	3	7,5	7	8,5
d) durch Med., Diät u. bessere Verh.	-	-	2	5	2	2,4
C: fM verschwunden	3	7	2	5	5	6,0
a) fM verschwunden, neues Leiden	2	4,5	-	-	2	2,4
b) alle Symptome verschwunden	1	2,5	2	5	3	3,6

Im Verlauf von 10 Jahren traten demnach bei 14 Männern (33 %) und 7 Frauen (18 %) Magenulcera auf.

Bei insgesamt 25 Männern (60 %) und 31 Frauen (77 %) bestehen die Beschwerden in irgendeiner Weise fort.

Nur bei einem Mann und bei zwei Frauen besteht eine völlige Beschwerdefreiheit, ohne daß ein Symptomwandel oder eine Symptomverschiebung nachweisbar wäre.

Im folgenden wird versucht, aus jeder Gruppe einige typische Fälle zu beschreiben. Es wird dabei vergleichend auf die Symptomatik anhand der alten Krankenblätter und des jetzigen katamnestischen Befundes eingegangen. Ferner wird die psychische Situation der Patienten erfaßt, wenn sie in irgendeiner Weise auffällig erscheint.

GRUPPE A

PATIENTEN, BEI DENEN IM LAUFE DER VERGANGENEN 10 JAHRE EIN ODER MEHRERE MAGEN- ODER DUODENALULCERA RÖNTGENOLOGISCH NACHGEWIESEN WURDEN

In diese Gruppe konnten wir 14 männliche und 7 weibliche Patienten einordnen.

Krankenblattnummern:

Männer, 14 Fälle: 528/50, 5057/49, 3539/50, 4623/51, 3323/51, 3140/50, 5588/51, 4370/50, 2979/51, 3138/51, 5468/49, 8093/51.
Bei 2 Fällen waren die Krankenblattnummern nicht lesbar.

Frauen, 7 Fälle: 4248/50, 8121/51, 6020/51, 1743/49, 5748/50, 3834/50, 4831/50.

1. Fall: Krankenblattnummer 528/50.
39 Jahre, verheiratet, techn. Angestellter.

Familienanamnese: ein Onkel ist magenleidend.

Beschwerden 1950: Seit 1941 (damals war der Patient in Rußland) klagt er über Magenbeschwerden, Magenschmerzen. Im jetzigen Zeitpunkt treten sie zwar nicht mehr auf, der Pat. klagt aber über sauren Geschmack im Mund und häufiges saures Aufstoßen. Bei der Arbeit in der Werkstatt ist der Zustand viel schlimmer als zu Hause. Der Pat. leidet auch an Obstipation.

Befund 1950: 28jähriger Mann in gutem Allgemeinzustand mit "Schusterbrust", bei dem die klinische Untersuchung keinerlei krankhaften Befund ergibt. Die fraktionierte Magenausheberung zeigt eine Hyperazidität. Röntgenologisch keine organischen

Veränderungen an Magen- und Duodenum.

Beschwerden 1953: Der Patient hatte starke Magenschmerzen 1 - 2 Stunden nach dem Essen.

Befund 1953: Röntgenologisch wurde ein Ulcus ventriculi festgestellt.

Die gleichen Beschwerden kamen 1959 wieder; es wurde abermals ein Ulcus ventriculi festgestellt.

Beschwerden 1960: Im Frühjahr und Herbst treten die Magenbeschwerden meistens auf, dann hat der Patient einige Tage Brennen und Stechen im Magen. Diese Symptome verschwinden allmählich durch Behandlung mit Wärme und Diät. Der Pat. hat kein saures Aufstoßen mehr, aber eine Abneigung gegen saure Speisen. Die Beschwerden kommen hin und wieder auch bei Aufregungen, manchmal bei einem bestimmten Kunststoffgeruch im Zusammenhang mit der Arbeit. Es tritt dabei auch öfters ein pelziges Gefühl im rechten Oberbauch unterhalb des Rippenbogens auf, Schmerzen im linken Oberbauch in der Magengegend jedoch nur selten. In den Ferien und beim Sport (Bergsteigen, Schwimmen) fühlt sich der Pat. stets gesund. Nach seinen Angaben lebt der Patient in guten häuslichen und sozialen Verhältnissen. Er hat Freude an seinem Beruf und hängt sehr an seiner Familie. Die Ursache seines Leidens sieht er in seiner "Nervosität". Der Pat. nimmt keine Medikamente, meidet aber schwere und fette Speisen, ist dauernd in ärztlicher Behandlung.

Katamnestischer Befund 1960: Der 39jährige Patient befindet sich in einem guten EZ und KZ. Die körperliche Untersuchung ergibt lediglich einen leichten Druckschmerz im epigastrischen Winkel und in der Nabelgegend.

Psychisch scheint der Patient ausgeglichen, labil zu sein; er wirkt affektiv, etwas fahrig, sprunghaft, unsicher. Auffallend ist an ihm, daß er seine Beschwerden während der Urlaubszeit und auch sonst beim Sport (Bergsteigen, Schwimmen) völlig verliert. Beim Bergsteigen gelingt es ihm, durch eigene Leistung und Anstrengung das Ziel zu erreichen, was ihm möglicherweise im Beruf nicht immer glückt. Leider konnten wir vom Patienten hierüber keine genauen Mitteilungen erhalten. Die unausgesprochene Diskrepanz zwischen Wohlbefinden im Urlaub, beim Sport, und Magenbeschwerden z. T. sehr heftiger Art im Beruf, manchmal ausgelöst durch einen bestimmten Kunststoffgeruch, legt doch die Vermutung nahe, daß der Patient in Konfliktsituationen funktionelle Magenbeschwerden bekommt, die der Abwehr unbewußter psychischer Störungen dienen und bei dem Patienten bereits zu morphologischen Veränderungen (Ulcera) geführt haben.

2. Fall: Krankenblattnummer 4148/50
54 Jahre, verwitwet, Hausfrau.

Familienanamnese: Vater der Patientin an Bluterbrechen,
Mutter an einem Herzleiden gestorben.

Beschwerden 1950: Seit dem 25. Lebensjahr leidet die Patientin von Zeit zu Zeit an Magenschmerzen. Hin und wieder war sie in ärztlicher Behandlung. Jetzt hat sie wieder drückende Magenschmerzen, besonders nach den Mahlzeiten.

Befund 1950: Bei der klinischen Untersuchung hatte die Pat. außer einem diffusen Druckschmerz in der Magengegend keine krankhaften Veränderungen. Die Röntgenuntersuchung zeigte keine organischen Wandveränderungen an Magen- und Duodenum.

Beschwerden 1955: Dieselben Beschwerden traten damals nach dem Tode ihres Mannes stärker auf.

Im selben Jahr wurde erstmalig ein ulcus duodeni röntgenologisch festgestellt.

Beschwerden 1960: Die Patientin klagt, daß ihr nach reichlichen Mahlzeiten das Essen wie ein Stein im Magen liegt. Morgens zwischen 2 und 3 Uhr bekommt sie öfters Magenschmerzen. Im Frühjahr und Herbst verschlimmern sich die Beschwerden. Bei Aufregungen bekommt die Patientin regelrechte Magenkrämpfe. Sie muß Diät halten, sonst treten Magenschmerzen auf. Seit der Behandlung vor 10 Jahren ist keine Besserung der Beschwerden eingetreten, sie sind eher stärker geworden.

Katamnestischer Befund 1960: Chronisch verlaufendes Magenleiden, dessen Symptome stärker geworden sind. 1955 war ein ulcus duodeni nachgewiesen worden. Die körperliche Untersuchung ergibt jetzt bei der leicht adipösen Frau lediglich einen umschriebenen Druckschmerz etwas oberhalb und 3 QF links neben dem Nabel.

Die Symptome haben sich im Laufe der Jahre insofern geändert, als die Patientin jetzt Magenkrämpfe, Übelkeit oder ein allgemeines Druckgefühl in der Magengegend hat, während sie früher lediglich uber Magenschmerzen klagte.

GRUPPE B

PATIENTEN, BEI DENEN IM LAUFE DER VERGANGENEN 10 JAHRE KEIN MAGEN- ODER DUODENALULCUS NACHGEWIESEN WURDE (56 Pat.)

In dieser Gruppe sind diejenigen Patienten zusammengefaßt, bei denen kein Ulcus nachgewiesen wurde, obgleich 32 der insgesamt 56 Probanden sich dauernd in ärztlicher Behandlung befunden hatten und 10 von ihnen in der Zwischenzeit geröntgt worden waren. Die 24 Patienten, die während der vergangenen 10 Jahre nicht, oder nur kurzfristig unter ärztlicher Beobachtung gestanden hatten, gehören vorwiegend

in die Gruppe 6, bei denen sich eine Besserung des Magenleidens eingestellt hat.

GRUPPE 1:

Die Symptome sind noch in derselben Art und Stärke vorhanden (7 Patienten).

Krankenblattnummern:

Männer, 4 Fälle: 6150/49, 7590/51, 4578/50, 4911/50.

Frauen, 3 Fälle: 817/51, 1449/49, 4591/51.

1. Fall: Krankenblattnummer 6150/49
67 Jahre, (Heimatvertriebener) verheiratet, gelernter Zimmermann, seit 1950 Hilfsarbeiter, invalidisiert seit 1951 wegen Hexenschuß.

Beschwerden 1949: Seit 4 Wochen hat der Patient saures Aufstoßen, keinen Appetit, Völlegefühl schon nach kleinen Mahlzeiten, aber keine Magenschmerzen. Zweimal mußte er erbrechen.

Befund 1949: Der Patient befand sich in einem ausreichenden AZ, bei der klinischen Untersuchung ergab sich nichts Krankhaftes. Röntgenologisch waren keine organischen Wandveränderungen am Magen und Duodenum festzustellen. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Hyperacidität.

Beschwerden 1960: Der Patient hat wenig Appetit, hin und wieder saures Aufstoßen, auch nüchtern, nach dem Essen einen aufgetriebenen Leib. Er hat keine Magenschmerzen, aber oft Brechreiz, selten Erbrechen. Seit der Behandlung hier vor 10 Jahren ist der Patient chronisch magenleidend, ißt dauernd Diät, trinkt keinen schwarzen Kaffee, raucht nicht mehr, trinkt keinen Alkohol, nur gelegentlich einen Magenbitter, der ihm gut tut. Es geht ihm tageweise besser, aber dann "geht es wieder los". Sofort nimmt er dann ein Mittel, Nervogastrol, das er stets bei sich führt. Dann vergehen die Beschwerden gleich, oder im Verlauf einer fortgesetzten Therapie in den nächsten Tagen. Der Patient steht wegen des Magens weiterhin in ärztlicher Behandlung.

Psychisch: Durch die Umsiedlung sind bei dem Patienten anscheinend Angst und Unsicherheit mobilisiert worden; er hat sich hier nicht mehr eingelebt, ist oft gedrückt, klammert sich an die 35jährige Tochter, die mit den Eltern zusammen lebt und die ihm Schutz und Sicherheit gibt. Er hat Angst, sie könnte weggehen oder heiraten.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der klinischen Untersuchung ergab sich kein krankhafter Befund. Es handelt sich um ein chronisch verlaufendes Magenleiden mit Hyperacidität. Seit Beginn desselben ist das Krankheitsbild qualitativ dasselbe geblieben, nur wird es weniger intensiv erlebt. Bemerkenswert ist, daß die Invalidität keine Besserung der Beschwerden brachte.

2. Fall: Krankenblattnummer 817/51
55 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Familienanamnese: Mutter und Bruder der Patientin hatten Magenbeschwerden und litten an "Magenblähungen" (aerophagie).

Beschwerden 1951: Die Patientin klagt über "Magenblähungen", Aufstoßen, Druckgefühl im Magen unabhängig von der Art der Nahrung. Ihr Appetit ist seit einigen Tagen schlechter, vielleicht aus Angst, etwas Bösartiges zu haben. Die Patientin nimmt alles sehr schwer.

Befund 1951: Klinisch ergibt sich nichts Krankhaftes; röntgenologisch sind keine organischen Wandveränderungen an Magen und Duodenum feststellbar. Sehr große Magenblase infolge der Aerophagie.

Beschwerden 1960: Die Patientin leidet noch immer an Aufstoßen, es wird als Erleichterung empfunden und tritt vermehrt auf bei Aufregungen. Ein Druck- und Blähgefühl im Magen tritt unabhängig vom Zeitpunkt des Essens und der Art der Nahrung auf, häufig bei Aufregung und Ärger. Medikamente helfen nicht. Die Patientin ißt hin und wieder Diät. Ganz spontan erklärt sie, sie nehme alles zu schwer, obwohl sie keinen Grund habe, unzufrieden zu sein.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der klinischen Untersuchung zeigte die 64jährige Patientin keinen krankhaften Befund. Es handelt sich um ein chronisch verlaufendes Magenleiden mit Aerophagie. Die Symptome sind gleich geblieben, werden jedoch subjektiv leichter empfunden. Auffallend ist, daß die Symptome häufig in Konfliktsituationen auftreten und dann sehr intensiv sind. Meist wirken Angst und Ärger auslösend. Da Mutter und Bruder der Patientin an fast den gleichen Krankheitserscheinungen litten, liegt die Vermutung nahe, daß es sich bei der Patientin und ihrem Bruder um eine "Imitation" der Mutter handelt, deren krankhaftes Verhalten übernommen wird.

GRUPPE 2:

Dieselben Symptome sind noch immer vorhanden und haben sich verstärkt. (4 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 1 Fall: 3743/50.

Frauen, 3 Fälle: 5938/50, 2103/49, 2998/51.

1. Fall: Krankenblattnummer 3743/50
54 Jahre, verheiratet, Rentner.

Beschwerden 1950: Seit etwa einem Jahr hat der Patient das Gefühl, daß nach den Mahlzeiten das Essen im Magen liegen bleibt. Außerdem klagt er über häufig auf-

tretende Durchfälle.

Befund 1950: Bei der klinischen Untersuchung ergab sich kein krankhafter Befund. Röntgenologisch konnte man keine organischen Veränderungen an Magen oder Duodenum feststellen. Die fraktionierte Ausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Seit 1950 hat sich das Magenleiden laufend verschlimmert. Der Patient hat Magenschmerzen, die von Jahr zu Jahr häufiger und intensiver geworden sind. Heute hat er starke Schmerzen, befindet sich dauernd in ärztlicher Behandlung und hält strenge Diät. 1959 mußte der Patient seinen Beruf wegen der starken Beschwerden aufgeben. Magen- oder Darmgeschwüre wurden bisher trotz wiederholter Röntgenuntersuchungen nicht festgestellt.

Katamnestischer Befund 1960: Die körperliche Untersuchung ergab außer einem umschriebenen Druckschmerz in der Nabelgegend nichts Krankhaftes. Es handelt sich um eine chronisch verlaufende Magenerkrankung, die sich im Laufe der Jahre trotz Therapie und strenger Diät verschlimmert hat. Das Krankheitsbild ist qualitativ dasselbe geblieben, jedoch haben die Beschwerden an Intensität zugenommen.

2. Fall: Krankenblattnummer 2998/51
40 Jahre, verheiratet, Bauhilfsarbeiterin.

Beschwerden 1951: Seit etwa 2 Monaten klagt die Patientin über Erbrechen von "Wasser" oder Speisen. Danach hat sie einen bitteren Geschmack im Mund und ein stumpfes Gefühl an den Zähnen. Zehn bis zwanzig Minuten nach jeder Mahlzeit, auch nach Getränken, verspürt sie Übelkeit, Angst und Schwindel. Sie muß dann erbrechen. Hierauf wird ihr etwas besser, aber nicht ganz gut. Nach dem Essen hat sie außerdem öfters ein Druckgefühl in der Magengegend. Sie hat nur wenig Appetit und muß Diät halten.

Befund 1951: Es handelte sich um eine Patientin in reduziertem EZ, die abgearbeitet aussah. Außer einem Druckschmerz in etwa handtellergroßem Bereich oberhalb des Nabels konnte klinisch nichts Krankhaftes festgestellt werden. Röntgenologisch war keine organische Wandveränderung an Magen oder Duodenum feststellbar.

Beschwerden 1960: Die Patientin hat häufig Aufstoßen nach fettreichen und scharfen Speisen, erbricht hin und wieder Magensaft nach dem Genuß von Süßigkeiten. Oft verspürt sie tagsüber Übelkeit, auch nach dem Essen. Dann bekommt sie fast nach jeder Mahlzeit drückende Schmerzen in der Magengegend. Diese Schmerzen strahlen im Rücken bis zum Kreuzbein aus. Ständig hat die Patientin Durchfall, nur etwa 3 - 4 mal jährlich normalen Stuhl. In der letzten Zeit hat sie auch an Gewicht verloren, was sie auf ihre Appetitlosigkeit zurückführt. Sie fühlt sich körperlich sehr elend. Dabei muß sie sich oft über ihren Mann aufregen, was die

Beschwerden immer verschlimmert. Sie muß dann erbrechen und es wird ihr übel. Die Patientin klagt ferner über starke Nervosität.

Seit etwa 4 Jahren arbeitet die Patientin ganztägig. Die Kinder sind alle außer Hause und verdienen ordentlich. Finanziell ist die Patientin zur Zeit recht gut gestellt. Nur leidet sie unter der Eifersucht ihres Mannes, der ein Trinker ist, sein ganzes Geld verspielt und vertrinkt und die Patientin oft schlägt, wenn er betrunken ist. Die Kinder haben sich völlig mit dem Vater entzweit und kommen gar nicht mehr nach Hause. Auch darunter leidet die Patientin sehr.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der körperlichen Untersuchung konnten wir außer diffusen Druckschmerzen oberhalb des Nabels bis zum Schwertfortsatz keinen krankhaften Befund erheben. Die Patientin befand sich in einem reduzierten EZ und sah verhärmt aus. Es handelt sich bei ihr um ein chronisch verlaufendes Magenleiden mit gleichgebliebener, aber verstärkter Symptomatik, die stark geprägt wird durch das gespannte Verhältnis der Patientin zu ihrem Ehemann, vor dem sie Angst hat, (Diarrhöen) und den sie innerlich ablehnt. Daß die Patientin bei ehelichen Streitigkeiten erbrechen muß und körperliche Übelkeit verspürt, kann man als Ausdruck dieser Ablehnung ihrem Ehemann gegenüber verstehen.
K. SCHNEIDER (29) und andere fanden, daß psychogenes Erbrechen zu Gastritis führen kann. In diesem Sinne könnte man auch hier die gastritischen Beschwerden als Folge des durch psychische Faktoren ausgelösten Erbrechens werten.

3. Fall: Krankenblattnummer 5938/50
44 Jahre, verheiratet, Metallarbeiterin.

Familienanamnese: Vater und Mutter der Patientin sind an Altersschwäche gestorben, ein Bruder leidet an Magengeschwüren.

Beschwerden 1950: Seit einem halben Jahr verspürt die Patientin hin und wieder Übelkeit und muß erbrechen, nachdem sie nachts von Erbrechen geträumt hatte. Sie leidet auch schon seit einigen Wochen an Verstopfung, der Stuhl ist schafkotartig geformt und wird unter starken Schmerzen entleert. In den letzten acht Tagen hatte die Patientin ständig Schmerzen in der Magengegend, das mit einem Hungergefühl und Brechreiz verbunden war. Außerdem leidet sie häufig unter Kopfschmerzen, besonders während der Menses.

Befund 1950: Die klinische Untersuchung ergab keinerlei pathologische Befunde, die Magenbreipassage war normal. Es wurde lediglich bei der Magenausheberung eine histaminrefraktäre Anacidität festgestellt.

Beschwerden 1960: Die Patientin leidet noch immer an häufigem Erbrechen. Sie kann keine schwer verdaulichen Speisen vertragen. Häufiger Genuß von Bohnenkaffee nimmt ihr den Appetit. Auch nach Aufregungen, großer Freude und großem Ärger kann sie nicht essen. Öfters erbricht die Patientin morgens, nachdem sie vom Essen geträumt hat. Außerdem hat sie morgens häufig ein starkes Übelkeitsgefühl.

Wenn sie dann Erbrechen provoziert, wird es besser und sie kann frühstücken. Manchmal erbricht die Patientin auch um Mitternacht.

Befund 1960: Bei einer in der AOK durchgeführten Magendarmpassage konnten keine organischen Wandveränderungen festgestellt werden.

Katamnestischer Befund 1960: Die leptosome Patientin befand sich in einem guten AZ. Sie sah etwas blaß aus. Bei der klinischen Untersuchung fanden wir außer einem umschriebenen Druckschmerz oberhalb des Nabels nichts Krankhaftes. Es handelt sich um ein chronisch verlaufendes Magenleiden mit gleichgebliebener, aber verstärkter Symptomatik.

GRUPPE 3:

Zu den alten Symptomen sind zwischenzeitlich neue, schwerere Magensymptome hinzugetreten. (10 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 7 Fälle: 1176/49, 2911/51, 2956/51, 3720/51, 6554/50, 972/50.

Frauen, 3 Fälle: 423/51, 2242/50, 758/51.

1. Fall: Krankenblattnummer 1176/49
58 Jahre, verheiratet, Bürstenmacher, blind seit 1944.

Familienanamnese: Der Vater des Patienten ist empfindlich am Magen, beide Brüder leiden an Magengeschwüren.

Beschwerden 1949: Seit einem halben Jahr verspürt der Patient ein Druckgefühl im Magen, besonders morgens und in den Nachmittagsstunden, hin und wieder hat er Aufstoßen, er neigt auch zu Obstipation.

Befund 1949: Bei der klinischen Untersuchung wurde kein krankhafter Befund erhoben. Röntgenologisch keine Veränderungen an Magen und Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Der Patient hat nie eine Besserung seines Leidens im Laufe der vergangenen 10 Jahre verspürt. Er klagt jetzt über stärkere Beschwerden: Magenschmerzen, die abhängig sind von der Art der Nahrung. Schwere und süße Speisen verträgt er nicht. Mehrere Male in der Woche treten hauptsächlich morgens zwischen 2 und 3 Uhr typische Nüchternschmerzen auf. Nach vielen Mahlzeiten, besonders nach Fleischgenuß, hat der Patient Aufstoßen. Hin und wieder leidet er an Sodbrennen. Der Patient führt seine Magenschmerzen darauf zurück, daß er 1946 etwas "Verkehrtes" gegessen habe, worauf er mehrmals Brechreiz gehabt habe. Vor einigen Monaten sei eine Röntgenuntersuchung des Magens gemacht worden; man habe aber nichts gefunden.

Psychisch: Der Patient empfindet seine Beschäftigung als Bürstenmacher als notwendiges Übel. Er lebt mißtrauisch in sich zurückgezogen wegen seiner Schwerhörigkeit, die zunimmt, und unter der er sehr leidet. Wie er selbst sagt, hat er sich mit der Erblindung abfinden können.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der klinischen Untersuchung ergab sich außer einer diffusen Druckempfindlichkeit des ganzen Oberbauches kein krankhafter Befund.

Es handelt sich um ein chronisches Magenleiden mit Subacidität, dessen Symptome in den vergangenen Jahren stärker geworden sind. Auch sind neue, schwerere Symptome entstanden.

2. Fall: Krankenblattnummer 423/51
58 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Familienanamnese: Mutter und Bruder leiden an Magenulcus.

Beschwerden 1951: Seit 4 Wochen hat die Patientin im Anschluß an die Mahlzeiten fast täglich Durchfälle. Nach dem Essen hat sie das Gefühl, als lage ein Stein im Magen. Fette Speisen verträgt sie nicht.

Befund 1951: Bei der blassen, etwas adipösen Patientin fand sich klinisch außer einer ziemlich starken Druckempfindlichkeit im Bereich des Colon ascendens und descendens nichts Krankhaftes. Die Magenbreipassage war normal, es ergaben sich keine organischen Veränderungen an Magen und Duodenum. Auch der durchgeführte Kontrasteinlauf ergab keinen Anhalt für organische Wandveränderungen im Bereich des Dickdarms. Bei der Magenausheberung wurde eine Anaciditat festgestellt.

Beschwerden 1960: 1952 verschwanden die Diarrhöen ohne Therapie. Die Patientin glaubt, daß sie durch Genuß von gespritztem Obst verursacht worden waren. Jetzt hat die Patientin hin und wieder ein Druckgefühl im Magen nach dem Essen, auch nach kleinen Mahlzeiten. Es verschwindet, wenn sie verdünnte Salzsäure nimmt. Wenn sie Diat ißt, fühlt die Patientin sich wohler. Seit etwa 3 - 4 Jahren muß sie erbrechen, wenn sie etwas mehr als gewohnlich ißt. Bei Aufregungen tritt eine starke Appetitlosigkeit auf, ferner ein Druckgefühl im Magen, hin und wieder sogar Erbrechen. Als Ursache dieser Aufregungen sieht die Patientin den 1950 begonnenen Bau ihres Hauses an. Seit dieser Zeit habe sie auch die Magenbeschwerden. Damals habe sie sich viel argern und aufregen müssen. Jetzt lebt die Patientin in geordneten sozialen und familiären Verhältnissen.

Katamnestischer Befund 1960 Bei der adiposen Pyknika fanden wir klinisch lediglich eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit in der Nabelgegend. Es handelt sich um ein chronisch verlaufendes Magenleiden, das sich im Laufe der 10 Jahre etwas verschlimmert hat, da jetzt Erbrechen als neues, relativ häufiges Symptom aufgetreten ist.

GRUPPE 4:

Zu den alten Magensymptomen kamen andere, (vorwiegend funktionelle) Beschwerden an anderen Organen hinzu. Beide treten gleichzeitig und gleichwertig auf (4 Fälle).

Krankenblattnummern:

Männer, 2 Fälle: 3864/51, 433/49.

Frauen, 2 Fälle: 341/51, 1716/50.

1. Fall: Krankenblattnummer 3864/51
55 Jahre, verheiratet, Tapezierer.

Beschwerden 1951: Seit der Militärzeit 1943 hat der Patient Magenbeschwerden und Durchfälle. Jetzt sind immer noch die Magenbeschwerden vorhanden. Nach dem Essen, vor allem nach schweren Speisen verspürt der Patient ein Druckgefühl im Magen. Auch leidet er an Appetitlosigkeit. Der Stuhlgang ist normal.

Befund 1951: Klinisch fand sich bei dem asthenischen Patienten lediglich eine diffuse Druckempfindlichkeit des ganzen Oberbauchs. Röntgenologisch keine organischen Wandveränderungen an Magen und Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Seit der damaligen Untersuchung haben sich die Beschwerden verstärkt. Hin und wieder war der Patient in ärztlicher Behandlung wegen des Magenleidens. 1959 wurde eine Magenbreipassage durchgeführt, die aber keine organischen Wandveränderungen zeigte. Auch nach einer Rollkur trat keine Besserung ein. Seit einem Jahr etwa erbricht der Patient fast nach jeder Mahlzeit sauren, klaren Magensaft. Das Erbrechen ist schmerzhaft. Auch hat der Patient jeden Tag drückende Magenschmerzen. Fett, Schweinefleisch und saure Speisen verträgt er nicht, er muß Diät essen. Auch bei Aufregungen bekommt der Patient jetzt Magenschmerzen. Er regt sich über jede Kleinigkeit auf, zu Hause wie im Beruf. Seit einiger Zeit hat der Patient auch öfters einen so starken Stuhldrang, daß er den Stuhl nicht mehr halten kann; er macht dann plötzlich in die Hose. Dieser Stuhl ist immer etwas heller gefärbt als normal, wie bei Durchfällen. Die anfallartig auftretenden Durchfälle sind unabhängig von der Art der Nahrung und von Aufregungen. Der Appetit ist mäßig. Seit einiger Zeit ist der Patient dauernd in ärztlicher Behandlung. Alle Medikamente helfen nichts. Der Pat. bringt seine Klagen sehr ausführlich und weitschweifig vor, macht einen hypochondrischen Eindruck.

Neue Beschwerden: Seit etwa 2 Monaten bekommt der Patient hin und wieder Herzschmerzen, die etwa 1 bis 2 Stunden anhalten. Sie treten am Tage auf und werden nicht so stark empfunden wie die Magenschmerzen, die manchmal zur gleichen Zeit erscheinen.

Katamnestischer Befund 1960: Der asthenische Patient befand sich in einem ausreichenden AZ. Bei der körperlichen Untersuchung fanden wir eine diffuse Druckempfindlichkeit im ganzen Oberbauch. Es handelt sich um eine chronisch verlaufende Magenerkrankung mit Subacidität bei einem psychisch labilen, leicht erregbaren Patienten mit hypochondrischen Zügen. Die Magensymptome sind intensiver geworden. Seit einiger Zeit kommen gleichzeitig Symptome von Seiten des Herzens hinzu, die Magenbeschwerden stehen jedoch im Vordergrund.

2. Fall: Krankenblattnummer 341/51
31 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Familienanamnese: Vater der Patientin hatte Magengeschwüre.

Beschwerden 1951: Die Patientin hat nach dem Essen häufig Magenschmerzen, besonders nach fetten Mahlzeiten. Seit Jahren leidet sie an Obstipation.

Befund 1951: Klinisch diffuse Druckschmerzhaftigkeit zwischen Nabel und Sternum. Röntgenologisch keine organischen Wandveränderungen am Magen und Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Die Patientin klagt über Verschlimmerung der Magenbeschwerden, die jetzt unabhängig von der Art der Nahrung und den Mahlzeiten auftreten. Manchmal jedoch ist sie wochen- oder sogar monatelang beschwerdenfrei. Immer, wenn sie sich aufregt, was sehr leicht geschieht, bekommt sie starke Magenschmerzen. Hin und wieder leidet die Patientin auch an ausgesprochenem Heißhunger. Wenn sie dann nichts ißt, treten wieder Magenschmerzen auf.

Die Patientin lebt in guten sozialen Verhältnissen, hat 2 kleine Kinder und kommt mit ihrem Mann gut aus. Wegen der Kinder muß sie sehr viel im Haushalt arbeiten. Die Schwiegermutter wohnt im gleichen Haus, fuhrt aber ihren eigenen Haushalt. Dennoch kommt es öfters zu Differenzen zwischen Schwiegermutter und Schwiegertochter, meist wegen Kleinigkeiten. Dabei regt sich die Patientin leicht auf und bekommt sofort starke Magenschmerzen. Bei ihrem Mann vermißt die Patientin das Verständnis fur ihre Krankheit. Sie beklagt sich, daß er sie nicht ernst genug nehme und auch seiner Mutter gegenüber nehme er sie nicht genügend in Schutz, er sei dazu einfach zu gut erzogen, d.h. er wage es nicht, seiner Mutter etwas zu sagen. Das Verhältnis zur Schwiegermutter wird in der letzten Zeit immer gespannter, gleichzeitig nehmen auch die Beschwerden der Patientin zu. Sie leidet seit kurzem auch an Schlafstörungen. Ferner bekommt sie bei Aufregungen ein seltsam starres Gefühl um den Mund und die Hände verkrampfen sich. Diese Zustände treten sonst nie auf, lediglich bei Streitigkeiten mit der Schwiegermutter. Seit langerem schon befindet sich die Patientin dauernd in ärztlicher Behandlung. Sie wechselte öfters den Arzt, da der erwartete Behandlungserfolg stets ausblieb. Alle Medikamente seien bisher wirkungslos gewesen. Trotz vieler Untersuchungen (Magenbreipassagen, EKG, Blutuntersuchungen usw.) habe man die Ursache ihres

Leidens nicht gefunden. Am Schluß der Exploration bemerkte die Patientin spontan, sie wolle sich gern einmal richtig aussprechen.

Die Patientin bringt ihre Klagen sehr wortreich, eindrücklich und z. T. weinend vor, macht einen etwas fahrigen Eindruck.

Die neuen Beschwerden: Seit etwa einem Jahr bekommt sie ab und zu krampfartige Schmerzen in der Herzgegend, verbunden mit Angst. Sie treten nur bei Aufregungen, hin und wieder sogar gemeinsam mit den Magenschmerzen auf. Ferner leidet sie an Schlafstörungen.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der klinischen Untersuchung fanden wir bei der leptosomen Patientin in gutem AZ eine diffuse Druckempfindlichkeit des ganzen Oberbauches. Das Herz war perkutorisch und auskultatorisch o. B. Der Blutdruck 120/80, der Puls regelmäßig und gut gefüllt. Chvostek, Trousseau und Hyperventilationsversuch waren negativ. Körperlich machte die Patientin einen ausgesprochen gesunden, "blühenden" Eindruck, was in starkem Kontrast zu ihren Klagen stand.

Chronisch verlaufendes Magenleiden bei einer psychisch leicht erregbaren Frau. Die Magensymptome, die sich im Laufe der Jahre verstärkt haben, treten nur bei Aufregungen in Erscheinung und erhalten zusammen mit den Herzbeschwerden und tetaniformen Zuständen einen hysterisch anmutenden Charakter.

GRUPPE 5:

Die alten Magenbeschwerden sind noch vorhanden, jedoch steht ein neues Leiden jetzt im Vordergrund. (9 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 1 Fall: 2080/51,

Frauen, 8 Fälle: 5112/49, 6601/51, 7054/51, 976/50, 8256/51, 112/49, 3677/51, 3332/51.

1. Fall: Krankenblattnummer 2080/51
40 Jahre, verheiratet, Steuerinspektor.

Beschwerden 1951: Seit einigen Monaten hat der Patient Druckgefühl und Schmerzen im Magen, außerdem einen schlechten Mundgeschmack etwa 1 1/2 - 2 Stunden nach dem Essen. Auch hat er dann ein Völlegefühl im Magen. Saure Speisen verträgt er nicht. Bei Aufregungen im Beruf (er hat viel Aufregung, weil er im Außendienst tätig ist) spürt er ein Druckgefühl in der Magengegend.

Befund 1951: Klinisch außer einem Druckschmerz im epigastrischen Winkel kein krankhafter Befund. Röntgenologisch keine organischen Wandveränderungen am Magen oder Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Ende 1951 verschwanden alle Magensymptome nach einer intensiven Therapie. 1952 traten wieder die gleichen Beschwerden auf, dazu kamen kolikartige Magenblähungen, die mit starken Schmerzen und Atemnot einhergingen. Diese Symptome verschwanden nach Therapie mit Buscopan. Seither isst der Patient nur leichte Kost und nimmt Nervogastrol, sobald er spurt, daß der Magen nicht ganz in Ordnung ist. Seit 1957 hat sich das Befinden des Patienten im ganzen gebessert, weil er eine andere Tätigkeit bekommen hat.

Neues Leiden: Seit etwa 2 Jahren leidet der Patient an Herzbeschwerden (starkes Herzklopfen, Angst, Herzschmerzen, die in den linken Arm ausstrahlen). Diese Beschwerden stehen jetzt im Vordergrund.

Katamnestischer Befund 1960: Bei dem großen, leptosomen Patienten in gutem AZ fanden wir klinisch einen umschriebenen Druckschmerz direkt oberhalb des Nabels. Das Herz war auskultatorisch und perkutorisch normal, der Puls regelmäßig, gut gefüllt, der Blutdruck 130/80.

Chronisch verlaufende Magenerkrankung mit Subaciditat, deren Symptome fast völlig verschwunden sind und sich bei Wiederauftreten regelmäßig mit entsprechender Therapie beheben lassen. Der Patient leidet jetzt an pectanginosen Beschwerden, die im EKG als funktionell bestätigt wurden. (Normaler Befund)

2. Fall: Krankenblattnummer 5112/49
59 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Beschwerden 1949: Seit etwa 2 Jahren leidet die Patientin an Magenbeschwerden. 1 - 2 Stunden nach dem Essen treten sehr starke Schmerzen auf. Sie verträgt fast nichts außer Haferflocken und geriebenen Äpfeln.

Befund 1949: Klinisch umschriebener Druckschmerz in der Mitte des Epigastriums. Röntgenologisch keine organischen Wandveränderungen an Magen und Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Anaciditat.

Beschwerden 1960: Die Magenbeschwerden bestehen noch, können aber gut zum Verschwinden gebracht werden durch Diat. Im Ganzen fühlt sich die Patientin daher etwas wohler. Sie berichtet spontan, daß sie immer noch so nervös sei. Bei Aufregungen hat sie keinen Appetit, bringt dann keinen Bissen herunter. Es kommt in der letzten Zeit öfters zu Streitigkeiten mit dem Mann, meist wegen Kleinigkeiten. Seit über 30 Jahren mußte sie den kranken Schwiegervater pflegen, der nun endlich in einem Altersheim versorgt ist. Seinetwegen gab es viel Aufregung in der letzten Zeit; die Patientin konnte nichts essen und nahm an Gewicht ab. Ihre Magenerkrankung besteht seit 1941; damals kam die Schwiegermutter der Patientin durch Euthanasie ums Leben. Im Ganzen sei die Magenerkrankung bei ihr reine Nervensache, meint die Patientin.

Neues Leiden: Schon seit einigen Jahren hat die Patientin Herz- und Bandscheiben-

beschwerden. Im Liegen bekommt sie stets starkes Herzklopfen, das oft halbe Nächte dauert. Es ist durch keine Medikamente zu beeinflussen. Abends und morgens stellen sich bei der Patientin häufig starke Kopfschmerzen ein. Diese Beschwerden werden viel intensiver empfunden als die Magenbeschwerden.

Katamnestischer Befund 1960: Wir fanden bei der leptosomen, sehr schlanken Patientin außer einem umschriebenen Druckschmerz im Nabelbereich nichts Krankhaftes.

Chronisch verlaufende Magenerkrankung mit gleichgebliebenen Symptomen, die aber nicht mehr so intensiv empfunden werden, weil besonders das Herzleiden jetzt stärkere Beschwerden macht.

GRUPPE 6:

Die Symptome sind schwächer geworden oder teilweise verschwunden:

a) durch Medikamente. (3 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 3 Fälle: 1759/49, 514/50, 4338/50.

Frauen, kein Fall.

1. Fall: Krankenblattnummer 1759/49
30 Jahre, verheiratet, Steinmetz.

Beschwerden 1949: Seit 2 - 3 Wochen hat der Patient Magenschmerzen unabhängig vom Essen, bei den Mahlzeiten bekommt er Magenkrämpfe.

Befund 1949: Der leptosome Patient befand sich in einem guten EZ und AZ, zeigte keinen krankhaften Befund bei der klinischen Untersuchung. Röntgenologisch keine organischen Veränderungen an Magen und Duodenum.

Beschwerden 1960: Die damaligen Symptome verschwanden nach dreiwöchiger intensiver Therapie. Jetzt verspürt der Patient nur nach Genuß kalter Speisen leichte Magenschmerzen, die nach einem Tag von selbst wieder vergehen. Er muß keine Diät essen und nimmt auch keine Medikamente mehr. 1959 mußte der Patient eine Kur machen, da er einen "Nervenkollaps" erlitten hatte. Er war 3 mal in Ohnmacht gefallen. In der Zeit hatte er gerade ein Steinmetzgeschäft übernommen. Es ging ihm nach der Kur körperlich wieder gut. Das Geschäft läuft jetzt ordentlich und der Patient äußerte spontan, seit er selbständig sei, fühle er sich sehr viel wohler.

Katamnestischer Befund 1960: Der leptosome Patient befand sich in einem guten AZ, zeigte klinisch keinen krankhaften Befund. Chronisch verlaufende Magenerkrankung, deren Symptome durch einmalige Therapie verschwunden sind und nur

bei bestimmten Diätfehlern wieder auftreten.

b) durch Medikamente und Diät. (10 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 3 Fälle: 4679/50, 5251/51, 6545/50.

Frauen, 3 Fälle: 5002/49, 3754/50, 3503/51.

1. Fall: Krankenblattnummer 6311/50
64 Jahre, verheiratet, Spenglermeister.

Beschwerden 1950: Seit einiger Zeit hat der Patient ein dauerndes Druckgefühl in der Magengegend unabhängig von den Mahlzeiten. Manchmal hat er bei Nahrungsaufnahme Brechreiz.

Befund 1950: Klinisch nichts Krankhaftes. Röntgenologisch normaler Befund. Bei der fraktionierten Magenausheberung wurde eine Anacidität festgestellt.

Beschwerden 1960: Seit Jahren fühlt sich der Patient sehr wohl, die Magenbeschwerden kommen nur selten bei Diatfehlern und verschwinden auch bald wieder. Sie treten durchschnittlich nur alle 2 Jahre mal in Erscheinung. Die Magenerkrankung hat der Patient schon seit 25 Jahren. Er ist jetzt 28 Jahre verheiratet, hat einen Sohn und ein Enkelkind. Mit seiner Frau versteht er sich gut. Vor etwa 5 Jahren hat er sein Geschäft aufgegeben und ist jetzt Angestellter (Spenglermeister), verdient recht ordentlich und hat viel weniger Aufregung und Sorgen als früher. Weil er keine finanziellen Sorgen mehr hat, fühlt er sich besser; auch die Besserung des Magenleidens führt der Patient hierauf zurück. Das sei bei ihm eine nervöse Sache gewesen, seit er im 1. Weltkrieg mal einen schrecklichen Schock erlitten habe an der Front. (Einzelheiten mag der Patient nicht erzählen, hat dieses Erlebnis anscheinend völlig verdrängt). In den letzten Jahren sei er sehr viel ruhiger und gelassener geworden, rege sich auch nicht mehr so leicht auf.

Katamnestischer Befund 1960: Klinisch fanden wir bei dem leptosomen Patienten in gutem AZ nichts Krankhaftes.

Chronisch verlaufendes Magenleiden, dessen Symptome fast völlig verschwunden sind, wahrscheinlich begünstigt durch die besseren sozialen Verhältnisse des Patienten.

2. Fall: Krankenblattnummer 2946/51
25 Jahre, ledig, Buchhalter.

Beschwerden 1951: Seit etwa 2 Monaten verspürt der Patient dauernd ein starkes Druckgefühl in der Magengegend, besonders heftig nach den Mahlzeiten. Morgens hat er Übelkeit und Brechreiz, mußte aber bisher nicht erbrechen.

Befund 1951: Bei der klinischen Untersuchung gibt der schlanke leptosome Patient einen umschriebenen Druckschmerz oberhalb des Nabels an. Röntgenologisch normaler Befund an Magen und Duodenum.

Beschwerden 1960: Damals hatte der Patient bis 1957 stets unregelmäßige Essenszeiten wegen seiner unregelmäßigen Tätigkeit als Färber in einer Fabrik. Diese Arbeit gefiel ihm auch nicht besonders. 1957 kam es dann zur Verschlimmerung der Magenbeschwerden als die Mutter des Patienten schwer erkrankte. Es wurde eine Magenresektion bei ihr durchgeführt, da sie ein Magenulcus hatte. Seitdem wird das Befinden des Patienten jedoch laufend besser, die Symptome Druck im Magen und Übelkeit sind nicht mehr so häufig und auch nicht mehr so intensiv wie früher. Nur wenn der Patient in Eile sehr schnell das Essen herunterschlingt, bekommt er wieder Magendrücken. Er hält außerdem eine bestimmte Diät ein, die ihm der Hausarzt verordnet hat. Seit 1957 ist der Patient Buchhalter in einem größeren Betrieb. Er hat diesen Beruf nebenher erlernt in Abendkursen. Sozial und finanziell hat er sich dadurch wesentlich verbessert.

Psychisch: Der Patient, der bei den Eltern wohnt, hat eine ausgesprochen starke Mutterbindung. Er versteht sich mit der Mutter viel besser als mit seinem Vater, mit dem er öfters Auseinandersetzungen bekommt wegen politischer Meinungsverschiedenheiten. Die Schuld an diesen Streitigkeiten sucht er jedoch zunächst nur bei sich selbst. Ernstliche Bekanntschaft mit Mädchen hatte der Patient bisher nicht, scheut sich auch davor, da er eine Bindung fürchtet. Er meint, daß er sich nicht zur Ehe eigne und will deshalb niemals heiraten. Nach seinen eigenen Worten ist er nicht zur Ehe geboren. Er fürchtet, durch Heirat seine Freiheit zu verlieren und hat außerdem starke Bedenken, es könne auch sonst schief gehen. Sich selbst bezeichnet er als "eigenwilligen jungen Mann", seine Mutter als den einzigen Menschen, der ihn vollkommen verstehe.

Katamnestischer Befund 1960: Klinisch fanden wir außer einem umschriebenen Druckschmerz oberhalb des Nabels nichts Krankhaftes bei dem leptosomen Patienten, der in seiner Art, von sich selbst zu berichten, etwas Sonderlinghaftes an sich hatte.

Chronisch verlaufende Magenerkrankung, die nahezu symptomlos bleibt durch Einhalten einer Diät. Die Besserung der Beschwerden steht außerdem im Zusammenhang mit der geregelteren Lebensweise und dem sozialen Aufstieg des Patienten.

3. Fall: Krankenblattnummer 5002/49.
39 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Beschwerden 1949: Seit dem 2. Kind (1948) hat die Patientin laufend Magenbeschwerden, die sich als Druck- und Völlegefühl in der Magengegend nach dem Essen äußern. Fett und schwer verdauliche Speisen verträgt sie nicht.

Befund 1949: Die leptosome Patientin befand sich in einem reduzierten EZ und AZ, war sehr blaß und sah abgearbeitet aus. Klinisch kein krankhafter Befund, röntgenologisch keine organischen Wandveränderungen an Magen und Duodenum.

Beschwerden 1960: Seit der neuen Ehe 1956 fühlt sich die Patientin wesentlich wohler, die Magenbeschwerden sind fast völlig verschwunden. Nur hin und wieder hat die Patientin nach reichlichen Mahlzeiten das Gefühl, als läge das Essen wie ein Stein im Magen. Wenn sie dann aufstoßen kann, wird es besser. Auch bei Aufregungen spürt sie hin und wieder einen Druck in der Magengegend. Sie ist etwas nervös, regt sich wegen Kleinigkeiten auf und weint. Mit dem zweiten Mann versteht sie sich gut.

Katamnestischer Befund 1960: Die leptosome Patientin befindet sich in einem guten AZ, zeigt klinisch keinen krankhaften Befund.

Chronisch verlaufende Magenerkrankung, deren Symptome fast völlig verschwunden sind seit der neuen Ehe der Patientin.

c) durch Diät, Medikamente und äußere Verhältnisse (2 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, kein Fall.

Frauen, 2 Fälle: 3441/51, 5575/50.

1. Fall: Krankenblattnummer 3441/51.
54 Jahre, ledig, Kassiererin.

Beschwerden 1951: Seit 3 Wochen hat die Patientin 1/2 Stunde nach den Mahlzeiten ein Brennen in der Magengegend, hin und wieder Brechreiz und selten auch Erbrechen. Hin und wieder tritt auch Sodbrennen nach dem Essen auf.

Befund 1951: Die pyknische Patientin befand sich in einem guten EZ und AZ und zeigte klinisch und röntgenologisch keinen krankhaften Befund.

Beschwerden 1960: Die Patientin fühlt sich wesentlich wohler als vor 10 Jahren. Damals mußte sie schwer arbeiten, hatte viel Ärger im Beruf als Kassiererin und eine krebskranke Mutter, die sie bis zu deren Tode 1952 pflegte. Seither wurden die Beschwerden besser infolge einer Rollkur und Wärmepackungen. Jetzt hat die Patientin keine Beschwerden mehr, wenn sie ihre durch Erfahrung ausprobierte Diät einhält. Fette und schwer verdauliche Speisen verträgt sie nicht. Seit einem Jahr arbeitet sie nur noch halbtags und fühlt sich daher sehr viel wohler.

Katamnestischer Befund 1960: Pyknische Patientin in gutem EZ und AZ, die klinisch keinen krankhaften Befund aufweist.

Chronisch verlaufendes Magenleiden, das durch medikamentöse Therapie, strenge Diät und günstigere Lebensumstände fast vollständig verschwunden ist.

GRUPPE C

PATIENTEN, BEI DENEN DIE fM IM LAUFE DER 10 JAHRE VERSCHWUNDEN SIND. (5 FÄLLE)

a) Die alten Magensymptome sind verschwunden, ein neues Leiden ist jetzt vorhanden. (2 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 2 Fälle: 5484/49, 2912/51.

Frauen, kein Fall.

1. Fall: Krankenblattnummer 5484/49.
30 Jahre, verheiratet, Schreiner.

Beschwerden 1949: Der Patient verspürt seit etwa einem halben Jahr meist abends vor dem Abendessen reißende Schmerzen in der Magengegend, die 1/2 bis 1 1/2 Stunden andauern. Hin und wieder muß er dann auch erbrechen oder hat saures Aufstoßen. Er verträgt alle Speisen ohne Unterschied.

Befund 1949: Klinisch kein krankhafter Befund, röntgenologisch keine organischen Veränderungen an Magen und Duodenum. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Subacidität.

Beschwerden 1960: Die Magensymptome sind seit der damaligen Untersuchung im Laufe eines Jahres langsam verschwunden, ohne wesentliche Therapie. Jetzt spürt der Patient nichts mehr am Magen. 1959 bekam er plötzlich Darmbeschwerden, es wurde eine Colitis mucosa festgestellt. Der Patient litt in dieser Zeit sehr unter Darmkrämpfen. Jetzt geht es ihm schon wieder etwas besser, vor allem auch weil er eine andere Arbeit hat. Vorher arbeitete er im Schichtwechsel, jetzt hat er regelmäßige Arbeitszeiten. Es ist kein solches "Gehaste" mehr, wie der Patient selbst sagt. Die Darmkrämpfe werden bei Aufregungen stets schlimmer, während früher die Magenbeschwerden nie bei Aufregung in Erscheinung traten.

Katamnestischer Befund 1960: Klinisch kein krankhafter Befund. Das funktionelle Magenleiden ist im Laufe eines Jahres verschwunden. Später trat eine Colitis mucosa auf, die heute bereits weitgehend gebessert ist.

b) Alle Symptome sind während der vergangenen 10 Jahre verschwunden; die Patienten sind völlig gesund. (3 Fälle)

Krankenblattnummern:

Männer, 1 Fall: 3228/49.

Frauen, 2 Fälle: 4614/50, 3546/49.

1. Fall: Krankenblattnummer 3228/49.
54 Jahre, verheiratet, Hausangestellter.

Familienanamnese: 1 Bruder ist auch magenleidend.

Beschwerden 1949: Seit etwa 5 Tagen bekommt der Patient nach reichlichen Mahlzeiten einen aufgeblähten Leib, auch hat er Verstopfung.

Befund 1949: Klinisch zeigte der pyknische Patient in gutem AZ nichts Krankhaftes. Die röntgenologische Untersuchung ergab normale Befunde. Bei der fraktionierten Magenausheberung wurde eine Anacidität festgestellt.

Beschwerden 1960: Seit der Behandlung damals hatte der Patient noch Magenbeschwerden bis 1951. Er bekam nach dem Essen Magenbeschwerden unabhängig von der Art der Nahrung. 1951 mußte er ins Krankenhaus und machte dort eine Rollkur. Man hatte damals jedoch kein Ulcus feststellen können. Nach dieser Behandlung verschwanden die Beschwerden völlig. Seither sind sie nie wieder aufgetreten, der Patient kann alles essen und fühlt sich auch sonst sehr wohl. Er führt seine Magenerkrankung auf das schlechte Essen und die Ruhelosigkeit der Nachkriegsjahre zurück. Damals war er von seiner Frau und den 4 Kindern getrennt, die bis 1949 am Niederrhein wohnten und dann zu ihm nach München kamen.

Sozial und familiär haben sich die Verhältnisse des Patienten seit 1949 nicht geändert.

Katamnestischer Befund 1960: Funktionelle Magenerkrankung, die nach einem Jahr durch intensive Therapie verschwand.

2. Fall: Krankenblattnummer 4614/50.
40 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Beschwerden 1950: Seit 4 Tagen leidet die Patientin an Appetitlosigkeit und Aufstoßen nach dem Essen.

Befund 1950: Klinisch und röntgenologisch kein krankhafter Befund. Die fraktionierte Magenausheberung ergab eine Anacidität.

Beschwerden 1960: Die Magenerkrankung wurde längere Zeit intensiv behandelt und verschwand schließlich nach etwa 3 Jahren völlig. Jetzt fühlt sich die Patientin sehr wohl, steht sich finanziell ordentlich und kommt gut aus mit ihrem Mann.

Katamnestischer Befund 1960: Funktionelle Magenerkrankung, die nach mehreren Jahren intensiver Therapie verschwand und bis heute nicht mehr auftrat.

8. HÄUFIGKEIT DES AUFTRETENS VON MAGENSYMPTOMEN DURCH SEELISCHE ERREGUNG

Unter diesem Gesichtspunkt fanden wir 2 große Gruppen: die Patienten der einen Gruppe bekamen Magenbeschwerden auch bei Aufregung und Ärger; die Patienten der anderen Gruppe spürten keine Beeinflussung ihrer Magenerkrankung durch psychische Erregung.

Viele der Patienten klagten über starke Magenbeschwerden bei seelischer Erregung. Als häufigste Symptome traten hierbei auf: Druckgefühl im Magen, Magenschmerzen, Brechreiz, Übelkeit und Erbrechen.

Von den 38 Patientinnen, die noch an Magenbeschwerden leiden, hatten 20 verstärkte Beschwerden bei Aufregungen, also 51 % aller Patientinnen.

Im Folgenden wird ein Fall dieser Gruppe beschrieben.

Krankenblattnummer 4591/51.
55 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Die Beschwerden, die die Patientin vor 10 Jahren hatte, sind gleich geblieben. Obwohl sie sich öfters in ärztlicher Behandlung befand, halfen die verschiedenen Medikamente nicht.

Jetzige Beschwerden: 2 Stunden nach dem Essen bekommt die Patientin Magenschmerzen, besonders nach schweren, fetten Mahlzeiten. Manchmal treten die Schmerzen auch nachts auf. Die Patientin bekommt Magenschmerzen, die viel intensiver sind, als die übrigen Beschwerden, wenn sie sich aufregt. Sie berichtet, daß sie keinen Grund zu großem Ärger habe, es seien nur Kleinigkeiten, über die sie sich aufrege.

Von den 39 Männern, die noch an Magenbeschwerden leiden, hatten ebenfalls 20 mehr oder weniger starke Beschwerden nach Aufregungen, also 50 % aller Patienten.

Beschreibung eines Falles dieser Gruppe:

Krankenblattnummer 2911/51.
29 Jahre, ledig, Linierer.

Familienanamnese: Der Vater des Patienten hatte Magenbeschwerden.

Die Beschwerden des Patienten sind seit 1951 gleich geblieben. Seit damals war er nicht mehr in ärztlicher Behandlung.

Jetzige Beschwerden: Der Patient hat manchmal Ekel vor dem Essen, hin und wieder aber Heißhunger. Wenn er viel ißt, bekommt er Brechreiz und muß erbrechen.

Diese Symptome erscheinen aber auch unabhängig vom Essen. Er verträgt alles, außer Eiern. Eine halbe Stunde nach dem Genuß von Eiern bekommt er sehr schmerzhaftes Magendrucken. Aufregungen wirken sich sofort auf den Magen aus; der Patient bekommt starken Brechreiz und muß erbrechen. Danach ist ihm übel und er kann nichts essen.

Diese Aufregungen ereignen sich meist während der Arbeit. Der Patient kam 1949 aus der Ostzone und hat sich hier anscheinend bisher nicht einleben können. Bei seiner Tätigkeit fühlt er sich zurückgedrängt und überflüssig. Die Arbeit gefällt ihm nicht. Er möchte sich selbständig machen. Der Patient leidet sehr unter seinen Beschwerden, fühlt sich durch sie behindert und möchte sie loswerden.

Bei fast allen Männern sind die Aufregungen, die zu einer Reaktion am Magen führen, durch ihren Beruf bedingt. In manchen Fällen kommen Schwierigkeiten in der Ehe hinzu; dies ließ sich aber bei unserer einmaligen Exploration nicht genau erfragen.

Insgesamt spüren 40 von 77 Patienten und Patientinnen, die noch Beschwerden haben, bei seelischer Erregung Symptome von Seiten des Magens. Es sind 50 % der Patienten.

9. AUFFÜHRUNG DER AUSSER MAGENBESCHWERDEN GEKLAGTEN LEIDEN NACH IHRER ART UND HÄUFIGKEIT IN DEN EINZELNEN GRUPPEN

Von den insgesamt 56 Patienten in der Gruppe B, bei denen im Laufe der 10 Jahre kein Ulcus nachgewiesen worden war, klagten 21 Patienten über Beschwerden von Seiten anderer Organe, wobei diese Beschwerden aber im Hintergrund stehen, d. h. nicht so heftig empfunden werden wie die Magensymptome.

Die in Gruppe B 5 beschriebenen Fälle haben außer ihren fM jetzt ein anderes Leiden, das im Vordergrund steht. (9 Patienten)

Bei den Patienten der Gruppe C a) verschwanden die fM im Laufe der 10 Jahre und es trat ein anderes Leiden auf. (2 Patienten)

Was die Art dieser neuen Beschwerden betrifft, so gewannen wir den Eindruck, daß es sich bei unseren Patienten meist um funktionelle Symptome handelt: Obstipation, Herzbeschwerden in Form von Herzklopfen oder anginösen Zuständen, Kopfschmerzen, Colitis mucosa, klimakterische Beschwerden, Kreislaufstörungen, Cholecystopathie, Kreuzschmerzen bzw. mehrere der genannten Symptome kombiniert. Nur in 2 Fällen, bei Nierenbeschwerden und einer gynäkologischen Erkrankung konnten wir aus der Anamnese ersehen, daß es sich um organische Leiden handelt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Art und Häufigkeit der anderen Beschwerden in den beiden Gruppen B und C.

Art der Beschwerden bzw. des Leidens	Gr. 1 Sympt. gleich geblieben	Gr. 2 Verstärkung der Symptome	Gr. 3 Neue schwerere Symptome am Magen	Gr. 4 Beschw. von anderen Organen hinzugekommen	Gr. 5 Neues Leiden im Vordergrund	Gr. 6 Sympt. schwächer	Gr. C a) fm verschwunden, neues Leiden	Insgesamt
	m w	m w	m w	m w	m w	m w	m w	
Herzbeschwerden	1		1 1	2 2	1 2	3		13
Chron. Obstipation	1 1					2		4
Kopfschmerzen		1			1	1 1		4
Kopfschmerzen + chron. Obstipation						1		1
Nierenbeschwerden			1			1		2
Kreuzschmerzen						1		1
Klimakt. Beschw.						1		1
Colitis mucosa							1	1
Schmerzen unter dem Brustbein							1	1
Herz- u. Bandscheibenbeschw. + Kopfschmerzen					1			1
Endogene Psychose					1			1
Kreislaufstörungen Rheumatismus Kopfschmerzen					1			1
Cholecystopathie					1			1
Gynäkol. Erkrankg.					1			1

Es klagten also 30 von 56 Patienten mit fM über andere Beschwerden, wobei 9 Patienten diese stärker empfinden als ihre Magensymptome (Gruppe B 5). Von den 30 Patienten leiden 12 an Herzbeschwerden, während an zweiter und dritter Stelle in der Häufigkeit Chronische Obstipation und Kopfschmerzen stehen.

Die Patienten der Gruppe A, die im Laufe der Jahre ein oder mehrere Ulcera bekommen hatten, wurden in diesem Zusammenhang deshalb nicht berücksichtigt, weil einige von ihnen sich einer Operation unterzogen hatten und daher nicht bei allen Patienten dieser Gruppe die gleichen Voraussetzungen gelten.

Die nach Operation des Magengeschwürs von den Patienten geklagten Beschwerden an anderen Organen hat RAUCH (24) in seiner Untersuchung zusammengestellt.

Aus unserer Tabelle S. 39 geht hervor, daß diejenigen Patienten, bei denen die Symptome von Seiten des Magens fortbestehen oder sich verstärkt haben, die niedrigste Rate an Symptomen anderer Art (Nicht-Magen-Symptome) aufweisen, und umgekehrt, daß diejenigen Patienten, bei denen die Magenbeschwerden verschwunden oder leichter geworden sind, die höchste Zahl von Symptomen an anderen Organen oder Organsystemen zeigen. Nur in der Gruppe B 4 bestehen beide Arten von Beschwerden nebeneinander.

IV. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Zu 1. Prozentualer Anteil der fM am untersuchten Krankengut

Wir fanden unter 21.500 von 1949 bis 1951 in der Medizinischen Universitätspoliklinik München aufgenommenen Patienten 574 Fälle (2,7 %), deren Symptome für "funktionelle Magenbeschwerden" (fM) typisch waren. Im Vergleich zu der Häufigkeit nachgewiesener organischer Erkrankungen des Magens erscheint diese Zahl gering. Allein die Zahl der Ulkuskranken ist etwa doppelt so groß. KATSCH (18) berichtet über rund 5 % gesicherter Ulkusfälle im klinischen Krankengut. Darüber hinaus fanden DOLL, JONES und BUCKATZSCH (8) 1951 bei 10 % aller Spitaleinweisungen in England ein Ulcus ventriculi.

Die fM stellen eine Symptomeinheit dar, die nur in einem kleinen Teil der Fälle zu organischen Strukturdefekten führt. Wir besprechen dies später an Hand der Fälle eingehend. Hier berührt unser Thema die immer noch unbeantwortete Frage nach einem einheitlichen Entstehungsmechanismus des Ulkus und läßt die Berechtigung dieser Fragestellung überhaupt zweifelhaft erscheinen.

Zu 2. Zahlenmäßige Beteiligung der Patienten an der Untersuchung

Unserer schriftlichen Aufforderung zu einer Nachuntersuchung in der Universitätspoliklinik kamen nur 97 Patienten nach. Insgesamt 271 Patienten waren in den Besitz der Briefe bzw. Karten gelangt. Diese Beteiligung von 36 % liegt annähernd in der Mitte der Werte, die bei katamnestischen Untersuchungen bisher gefunden wurden. Die höchsten betragen nach PFLANZ (23) zwischen 60 und 80 %. ROBERTS und WYLIE (25) konnten nur 29 % der angeschriebenen Patienten untersuchen; JÄGER (16) erreichte eine Beteiligung von 25 %. Auf Grund dieser und unserer eigenen Ergebnisse sowie der Resultate von RAUCH (24) und DÖRING (9) fanden wir, daß die Höhe dieser Zahlen von mehreren Faktoren abhängt. Die höchsten Werte erreichen sie nur dann, wenn der Arzt, der die Patienten zur Nachuntersuchung einbestellt, früher auch der behandelnde Arzt gewesen ist. Ferner wird eine gute Beteiligung erzielt, wenn der Patient den Eindruck gewinnt, die Untersuchung finde in seinem persönlichen Interesse statt. Sie wird niedriger, wenn für den Patienten offensichtlich rein wissenschaftliche Motive des Untersuchers im Vordergrund stehen. Auch läßt sich ein enger Zusammenhang zwischen Beteiligung an der Nachuntersuchung und Art der Krankheit nicht übersehen. Bei einer katamnestischen Untersuchung an Patienten, die wegen eines Magenulkus operiert worden waren, RAUCH (24), erschienen 72 % der Einbestellten, während Kranke, die infolge einer vegetativen Dystonie behandelt worden waren, JÄGER (16), sich nur mit 25 % an der Nachuntersuchung beteiligten.

Die große Zahl derjenigen Patienten, die nicht zur Nachuntersuchung erschie-

nen waren, (64 %) macht die Annahme wahrscheinlich, daß viele Spontanheilungen aufgetreten, die meisten Patienten heute also beschwerdefrei sind.

Zu 3. Prozentuale Beteiligung männlicher und weiblicher Patienten

Im Vergleich zu dem ursprünglich festgestellten Verhältnis von 1,4 männlichen zu 1 weiblichen Patienten hat sich das Verhältnis der Geschlechter bei den Nachuntersuchten, die 1960 noch fM hatten und bei denen kein Ulkus nachgewiesen worden war, auf 1 männlich zu 1,2 weiblich verschoben. Diese geringe Abweichung könnte man sich aus der größeren Ulkushäufigkeit, die wir bei den Männern fanden, erklären. Unsere Untersuchung ergab, daß 14 von 42 Männern (38 %) und 7 von 40 Frauen (18 %) im Laufe der 10 Jahre 1 oder mehrere Ulcera bekommen hatten, was einem Verhältnis von etwa 2 : 1 entspricht. Interessant ist der Vergleich mit Werten, die GABLER (12) hierzu angibt. Er stellte fest, daß Männer 3 mal häufiger an Magen- bzw. Duodenalulcus erkranken als Frauen. KNUTSEN und SELWAAG (21) fanden annähernd den gleichen Wert mit 2,98 : 1. SEYDL, MATZKAIT und KLÜTZ (28) berichten von einem Verhältnis 5,8 : 1, KATSCH (18) von 4,1 : 1.

Wie wir sahen, ist die Erkrankungsrate an fM fur die beiden Geschlechter etwa gleich groß. Sie schwankt zwischen 1,4 bzw. 1,0 bei den Männern zu 1,0 bzw. 1,2 bei den Frauen. Ganz anders sehen diese Verhältnisse bei der Ulkuskrankheit aus, von der Männer weit häufiger erfaßt werden als Frauen. Die Ergebnisse unserer Untersuchung weisen darauf hin, daß fM bei Männern anscheinend öfter zu Ulcera führen als dies bei Frauen der Fall ist.

Zu 4. Zahl der Patienten in den verschiedenen Altersgruppen

Die Zahl der an fM erkrankten Männer ist bereits im 3. Jahrzehnt sehr hoch, steigt dann kontinuierlich an und erreicht ihr Maximum bei den 40 - 50jährigen. Etwas anders liegen die Werte bei den Frauen, die nur zum geringen Teil zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr erkranken, dafür aber ebenfalls im 4. Lebensjahrzehnt die höchste Erkrankungszahl aufweisen. Im Gegensatz zu den Männern zeigt sich bei ihnen noch im 5. Dezennium eine hohe Morbiditätsrate.

Diese Altersverteilung bestand zur Zeit der Diagnosestellung, die in allen Fällen (abgesehen von 3 Ausnahmen, bei denen schon Jahre vorher Beschwerden bestanden hatten) mit dem Zeitpunkt, an dem erstmals Beschwerden auftraten, identisch ist. Die fM treten demnach bei dem größten Teil der Patienten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf, um, wie unsere Untersuchungen ergaben, dann bei vielen Kranken chronisch über Jahre hinaus mit kaum wechselnder Symptomatik erhalten zu bleiben. Interessant ist hierzu folgender Passus aus einer Beschreibung der Magenkrankheit von DIOKLES VON KARYSTOS (7) um 300 v. Chr.: "Gewöhnlich stellt sich das Leiden nach der Jugend ein. Aber auf welche Weise es auch entstanden war,

der Kranke wurde seine Beschwerden nie wieder los."

Die Zahl der manifesten Ulkusfälle in unserem Material ist bei den Männern etwa doppelt so groß wie bei den Frauen. Sie erkranken zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr mit einem Maximum im 6. Dezennium. Bei den Frauen fanden wir die Ulcera zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr gehäuft.

Analog zu der größeren Zahl der Ulkusfälle bei den Männern ist die Gruppe der fM bei den Männern 1960 kleiner als bei den Frauen. (25 : 31 Fällen)

Die Erkrankung tritt bei den Männern vorwiegend in den Jahren auf, die von ihnen gesteigerte Aktivität verlangen, in denen sie ein Maximum an Leistung vollbringen müssen, also zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr. In diesen Jahren sollen vorhandene Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf genützt werden. Wie wir später sehen werden sind die Fälle, bei denen die sog. "Aufregungen im Beruf" Magensymptome auslösen, sehr zahlreich.

Auch bei den Frauen finden wir eine lebensgeschichtlich bedingte Häufung der Krankheit sehr eindeutig zur Zeit des Klimakteriums zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr.

Zu 5. Berufsaufgliederung der Patienten

Vergleicht man unsere %-Zahlen mit denen der Population, so zeigt sich, daß die Gruppe der Patienten mit selbständigen und unselbständigen verantwortlichen Berufen wesentlich größer ist als die gleiche Gruppe der Population und umgekehrt die Gruppe ungelernter Arbeiter in unserem Material kleiner ist, als nach der Populationsstatistik zu erwarten gewesen wäre.

Aus folgendem Grunde sind die %-Zahlen in diesen beiden Gruppen unseres Materials noch auffallender, als es im Vergleich mit den Zahlen der Durchschnittsbevölkerung erscheint:

Die Zusammensetzung des poliklinischen Kollektivs jener Jahre weicht nämlich von der Stadtbevölkerung Münchens ab, wie J. CREMERIUS (5) beschreibt. Der Anteil der unteren sozialen Schicht am Krankengut ist weit größer (JÄGER (16)), derjenige der oberen sozialen Einkommens- und Bildungsschichten weitaus kleiner als in der Durchschnittsbevölkerung.

Wir sind daher berechtigt, von einer größeren Morbiditätsrate an fM in der Gruppe der selbständigen und unselbständigen verantwortlichen Berufe und umgekehrt von einer kleineren in der Gruppe der ungelernten Arbeiter zu sprechen.

Zu 6. Wandlung der sozialen Verhältnisse der Patienten (Soziale Mobilität)

Wir stellen fest, daß die Gruppe der Patienten, die sozial aufgestiegen sind,

sich vorwiegend aus solchen zusammensetzt, deren Symptome schwächer geworden oder teilweise verschwunden sind, während die Patienten, bei denen sich das Leiden verschlimmert hat, ausnahmslos zu jenen gehören, die sich sozial verschlechtert haben oder deren Milieu unverändert blieb. Die überwiegende Zahl der Ulkuspatienten verteilt sich auf die Gruppen derer, die sozial aufstiegen bzw. sozial unverändert blieben.

Die soziale Mobilität der Kranken mit fM zeigt, daß 1/3 von ihnen in 10 Jahren aufgestiegen ist, die Hälfte den sozialen Status beibehalten hat und nur 13 % sich sozial verschlechterten. Das bedeutet, daß die Prognose des Leidens im Bezug auf die soziale Entwicklung nicht ungünstig ist. Dies wird noch deutlicher, wenn man die Männer getrennt von den Frauen betrachtet: 44 % derselben zeigen einen sozialen Aufstieg.

In dieser Beziehung gleichen unsere Kranken mit fM also den Ulkuskranken, von denen festgestellt worden ist, daß sie durch eine hervorstechende Ehrgeizthematik gekennzeichnet seien. Bei den Frauen scheint dieselbe keine Rolle zu spielen: 70 % haben ihren sozialen Status nicht verändert.

Zu 7. Einteilung der Patienten im Bezug auf die Entwicklung ihrer Magensymptome innerhalb der letzten 10 Jahre

Betrachten wir zunächst die Beschwerden unserer Patienten, so bietet sich ein sehr eintöniges Bild. Im Vordergrund steht bei fast allen Kranken das mehr oder weniger von den Mahlzeiten abhängig auftretende Druckgefühl in der Magengegend, das manchmal in Schmerzen übergeht; die Inappetenz, die sich über ein Gefühl des Übelseins bis zum Brechreiz und Erbrechen steigert; ferner wird über Aufstoßen nach den Mahlzeiten geklagt sowie über Sodbrennen. Abneigung gegen bestimmte Speisen und andererseits scheinbar unbegründeter Heißhunger kommen etwas seltener vor. Als Beschwerden von Seiten des Darmes werden vielfach Obstipation, in einigen Fällen auch Diarrhöen genannt.

Abgesehen von ihren Magensymptomen klagte eine größere Anzahl unserer Patienten über allgemeine Nervosität; viele behaupteten, diese sei auch die Ursache ihres Magenleidens. Ein großer Teil der Untersuchten berichtete über deutliche Beeinflussung ihrer Magenbeschwerden durch seelische Erregung.

Diese Magensymptome finden sich alle oder teilweise in wechselnder Intensität sowohl bei Ulkuskranken als auch bei Patienten mit Gastritis, wie KATSCH (18), KAUFMANN (19) und BÜCKER (4) ausführen. Dabei ist eine bestimmte Anordnung von Symptomen weder für die eine noch für die andere dieser Erkrankungen absolut charakteristisch, die Stellung einer Diagnose allein aus den Angaben des Patienten nicht möglich. Das Gros der Magenkranken weist immer wieder dieselben Beschwerden vor, wobei die Intensität der Symptome zudem sehr abhängig ist von der sub-

jektiven Einstellung des Krankheitsträgers zu seinem Leiden.

Das scheint in besonderem Maße für unsere Patienten mit fM zu gelten, bei denen die oft sehr eindrücklich vorgebrachten und bedrohlich erscheinenden Symptome in starkem Kontrast zu den objektiv völlig normalen Befunden stehen.

Über die psychische Struktur unserer Patienten, die übrigens fast ausnahmslos zum leptosomen Konstitutionstyp gehören, konnten wir bei der einmaligen, relativ kurzen Exploration nur wenig erfahren. Es fiel uns jedoch auf, daß ein sehr großer Prozentsatz besonders der männlichen Patienten schüchtern und ängstlich wirkt. Sie erfüllen ihren Beruf mit sehr viel Verantwortungsbewußtsein, sind äußerst gewissenhaft, geben sich große Mühe, den Erwartungen, die man an sie stellt, zu entsprechen. Viele Angestellte betonen, daß sie schon lange Zeit bei der gleichen Firma beschäftigt sind und sehen darin eine Anerkennung ihrer Arbeitsleistung. Fast alle Patienten gaben an, ein außerordentlich harmonisches Eheleben zu führen, was sie andererseits häufig nicht daran hinderte, auf die Schädlichkeit familiärer "Aufregungen" für ihren Magen hinzuweisen. Die Magensymptome wurden von allen Patienten stets sorgsam registriert, die meisten von ihnen klügelten im Laufe der Zeit eine eigene Diät aus, an die sie sich gewöhnlich auch halten. Viele hatten das Rauchen völlig, das Bier- und Schnapstrinken falls nötig auf ein normales Maß reduziert. Wir gewannen den Eindruck, daß der Magen bei vielen unserer Patienten eine ganz bestimmte Rolle im Leben einnimmt; sie wissen genau, was er verträgt und was ihm nicht gut tut und sie richten sich danach. Viele der Untersuchten, deren fM im Laufe der Jahre nicht verschwunden sind, berichteten, sie hätten sich mit ihrem Leiden abgefunden. Sobald sie stärkere Beschwerden haben, nehmen sie ein Medikament ein oder halten strenge Diät, bis die Sache wieder behoben ist.

Sozial gesehen handelt es sich bei unseren Patienten vorwiegend um Menschen, die es fertig gebracht haben, sich in den Jahren der Umwälzung auf den Gebieten der Produktion zu behaupten, zu einem beachtlichen Teil sogar ihre Position zu verbessern, und dies trotz der hin und wieder heftig exazerbierenden Magenbeschwerden. Dabei gehören sie keineswegs zu jenen Erfolgstypen, die sich mühelos über alle Schwierigkeiten hinwegsetzen. Eher kann man sie zu der Gruppe von Menschen zählen, die nur durch zähe Ausdauer, Fleiß und große Anstrengung, deren Triebkraft oft ein starker Ehrgeiz ist, zum Erfolg gelangt, oder zumindest ihre Stellung halten kann.

Was die Entwicklung der fM im Laufe der 10 Jahre betrifft, so stellen wir fest, daß bei insgesamt 26 % unserer Patienten inzwischen organische Veränderungen (ulcera) aufgetreten sind. JÄGER (16) fand bei seinen Patienten mit vegetativer Dystonie 17 %, die nach 10 Jahren morphologische Defekte zeigten und zwar von Seiten des Herzens und des Magens. DELIUS (6) beschreibt, daß 20 % der Patienten, die im 1. Weltkrieg funktionelle Herzbeschwerden hatten, 1936 organische Herzmuskelschäden aufwiesen und FLEISCHHAUER (11) konnte bei 25 % sei-

ner Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden nach 10 Jahren morphologische Veränderungen feststellen.

Diese Zahlen bieten jedoch insofern keine objektiven Werte, als bei den angegebenen wie auch bei unseren Untersuchungen die Zahl der Nachuntersuchten gering (zwischen 25 und 36 %), die Anzahl der nicht erschienenen damit sehr groß war und man in der Annahme nicht fehlgeht, daß die Spontanheilungen sehr viel zahlreicher sind, als dies nach den Ergebnissen unserer Untersuchung den Anschein hat.

Aus funktionellen Betriebsstörungen des Magens entstanden demnach bei einem kleinen Prozentsatz unserer Patienten morphologische Veränderungen.

Relativ groß erscheint die Anzahl der Patienten,bei denen die fM chronisch verlaufen. Es sind im Ganzen 68 % der Fälle. Unter diesen befinden sich 8 %, deren Symptome qualitativ etwa gleich geblieben sind, wahrend sich das Krankheitsbild bei insgesamt 17 % der Patienten verschlimmert hat, ohne daß jedoch bisher organische Schäden nachgewiesen worden wären. Bei diesen Kranken konnten wir fast durchweg einen Zusammenhang zwischen sozialem Abstieg oder seelischen Krisen und der Verschlimmerung des Leidens beobachten.

In den Gruppen 4 und 5 faßten wir diejenigen Patienten zusammen, die im Laufe der 10 Jahre Beschwerden von Seiten anderer Organe zu ihren fM bekommen hatten, wobei ein Teil der Kranken das neue Leiden stärker empfindet als die fM. (Gruppe 5) Es sind insgesamt 16 % aller Falle. Als neue Krankheit kommen dabei am häufigsten Herzbeschwerden in Form der Angina pectoris vor. Wir besprechen diese Gruppen später unter Punkt 9.

Bei insgesamt 27 % unserer Patienten ist eine Besserung der fM eingetreten. Als Grunde fur diese Besserung wurden von den Kranken die verschiedensten angegeben. Grob schematisch haben wir daher eine Einteilung in Untergruppen vorgenommen, um zu sehen, ob eine bestimmte Art der Therapie besonders günstig wirkt. Dabei scheint die Kombination von Diat und Medikamenten einen recht guten Heilungserfolg zu versprechen. Ferner kann man bei einer Reihe von Patienten die Besserung der Beschwerden allein auf ihre jetzt verbesserte soziale Lage oder auf die Lösung innerer Konflikte zurückführen. Wir sind uns jedoch im klaren, daß die kleine Zahl unserer Falle hier keine statistisch brauchbaren Ergebnisse liefern kann. Auch war die Vielfalt der angewandten Mittel so außerordentlich groß, daß man die Heilungserfolge bzw. die erzielte Besserung der Beschwerden eher auf die Suggestionskrafte des behandelnden Arztes als auf das angewandte Mittel zurückführen muß. JORES und DROSTE (17) sind der Auffassung, daß die heute in der Medizin durchgefuhrte Ulkusbehandlung magischer Natur ist. Dies gilt wohl auch in gewissem Sinne für die Behandlung der fM, bei der etwa die gleichen Medikamente verwandt werden wie bei der Ulkustherapie.

Die Gruppe derjenigen Patienten, bei denen jetzt keine fM mehr bestehen, ist mit 6 % überraschend klein. Ein Teil dieser Untersuchten leidet heute an einer

anderen Krankheit, so daß nur 3,6 % völlig beschwerdefrei sind. Diese Zahlen liegen im Verhältnis zu anderen Untersuchungen über den Ausgang funktioneller Betriebsstörungen z. B. der vegetativen Dystonie äußerst niedrig. So fand JÄGER (16) bei 16 % seiner Patienten völlige Beschwerdefreiheit 10 Jahre nach der Diagnosestellung, WHEELER und Mitarbeiter (34) stellten bei 12 % der Nachuntersuchten nach 20 Jahren ebenfalls fest, daß keinerlei Symptome der vegetativen Dystonie mehr vorhanden waren.

Insofern scheint die Heilungstendenz der fM besonders gering zu sein. Selbst wenn man die These vertritt, daß von den zahlreichen Patienten, die nicht zur Untersuchung erschienen sind, ein großer Teil heute keine Beschwerden mehr hat, bleibt die Zahl der Heilungen im Verhältnis zu den chronisch verlaufenden Fällen besonders klein.

Zu 8. Häufigkeit des Auftretens von Magensymptomen durch seelische Erregung

Wir fanden bei 50 % der von uns Nachuntersuchten eine deutliche Beeinflussung der Magenbeschwerden durch seelische Erregung wie z. B. Ärger im Beruf oder in der Ehe, Angst, im Konkurrenzkampf zu versagen, Angst vor Verantwortung oder Ablehnung des Ehepartners.
(Siehe dazu besonders Fall 2 der Gruppe 2 Seite 23).

In zwei Fällen (Seite 24 und Seite 26) handelt es sich um eindeutig psychogen ausgelöste Symptome, nämlich Übelkeit mit nachfolgendem Erbrechen, das nur bei Aufregung beobachtet wurde. Die Annahme ist berechtigt, in dem chronischen psychogenen Erbrechen die Ursache für die fM zu sehen. (K. SCHNEIDER (29))

Vom psychopathologischen Gesichtspunkt her sahen wir bei unserer Untersuchung nur sehr wenige Patienten mit ausgesprochen neurotischen Symptomen. Auch sind wir in der Beurteilung dieser Fälle zurückhaltend, da wir in einer einmaligen Exploration nicht genügend Material sammeln konnten. Wir müssen uns daher mit einem groben Überblick begnügen und halten fest, daß die Hälfte aller Patienten mehr oder weniger ausgeprägte psychische Störungen aufweist, die das Magenleiden im Sinne einer Verstärkung beeinflussen oder vielleicht sogar zu seiner Entstehung beitragen.

Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß die übrigen Patienten ebenfalls an psychischen Konflikten unbewußter Natur leiden, die sie rational und willensmäßig nicht zu meistern in der Lage sind und die wesentlich an den Betriebsstörungen des Magens beteiligt sind.

Im Gesamten stellen die fM die monotone Antwort des Organismus auf eine Vielzahl z. T. unbekannter heterogener Reize dar, unter denen die psychischen Störungen eine nicht zu übersehende Position einnehmen. Auf die Wichtigkeit die-

ser psychopathologischen Mechanismen bei funktionellen Erkrankungen haben besonders ALEXANDER (1), DUNBAR (10), SCHULTZ (30), HELLPACH (14) und v. UEXKÜLL (31, 32, 33) hingewiesen. Diese Tatsache zu betonen ist vor allem hinsichtlich der anzuwendenden Therapie von großem Interesse.

Zu 9. Aufführung der außer fM geklagten Leiden nach Art und Häufigkeit in den einzelnen Gruppen

Diese Ausführungen, die nicht in direkter Beziehung zum Thema unserer Untersuchung stehen, fügen wir interessehalber an. Wir sehen daraus, daß immerhin 32 von 82 Patienten außer den fM jetzt andere Beschwerden haben. Worauf diese zurückzuführen sind, können wir nicht ermitteln. Das Überwiegen der Herzbeschwerden läßt sich wohl mit der größeren Häufigkeit der Herzerkrankungen erklären. HOCHREIN (15) Es fiel uns ferner auf, daß die meisten Herzsymptome klinisch einen ausgesprochen funktionellen Charakter trugen, und daß in fast allen Fällen das Angsterlebnis dabei im Vordergrund der Beschwerden stand. Bei einem Patienten fanden wir eine Symptom-Verschiebung. Anstatt der fM besteht jetzt eine colitis mucosa, was insofern interessant ist, als die neue Erkrankung am selben Organsystem abläuft. (Verdauungstrakt) In dem andern Fall, in dem die fM verschwunden sind und jetzt ein neues Leiden besteht, hat das Symptom ein anderes Organ gewählt. (Schmerzen unter dem Brustbein)

Wir fanden außerdem, daß diejenigen Patienten, bei denen die Symptome von Seiten des Magens fortbestehen oder sich verstärkt haben, die niedrigste Rate an Symptomen anderer Art (Nicht-Magen-Symptome) aufweisen, und umgekehrt, daß diejenigen Patienten, bei denen die Magenbeschwerden verschwunden oder leichter geworden sind, die höchste Zahl von Symptomen an anderen Organen oder Organsystemen zeigen.

Eine Erklärung hierfur haben wir nicht. Wie CREMERIUS (5) schreibt, kannten zwar schon die Ärzte des Alterstums die Tatsache, daß bei Verschwinden einer Krankheit eine andere entstehen kann. Dies trifft jedoch nur für 2 unserer Patienten zu. (Gruppe C a) Bei den anderen bestehen Magen- und Nicht-Magen-Beschwerden gleichzeitig, wenn auch nicht in allen Fallen gleichwertig. Es könnte sich hier um einen Wechsel von Symptomen handeln im Sinne einer "Verschiebung" innerhalb desselben Organsystems (Magendarmtrakt, z. B. Obstipation) oder auf ein anderes, das weder anatomisch noch funktionell mit dem anfänglich befallenen zusammenhängt. (z. B. Herzbeschwerden) CREMERIUS (5) hat gezeigt, daß derartige Symptombewegungen mit großer Regelmäßigkeit dann auftreten, wenn ein Organ, an dem sich die Symptomatik bisher manifestiert hat, (Magen, Gallenblase) operativ entfernt wird. Über die Ursachen dieser dynamischen Vorgänge bei unseren Patienten wissen wir jedoch nichts. Wir können höchstens vermuten, daß die Besserung der fM durch Medikamente oder andere Einflüsse (Gruppe B 6) in vielen Fällen lediglich eine suggestive "Symptombeseitigung" darstellt, die die eigentliche Krank-

heitsursache nicht berührt. (Auf die magische Natur der Ulcusbehandlung haben wir hingewiesen (17)). So werden die fM zwar "gebessert", indem ein Teil der Symptome verschwindet, die Krankheit besteht jedoch in gleicher Intensität weiter: es entstehen neue Symptome an einem anderen Organ.

Dieser Versuch, das Entstehen der Nicht-Magen-Symptome bei unseren Patienten mit Besserung der fM zu erklären, stellt eine Hypothese dar, die wir nicht beweisen können. Sie zu verfolgen wäre nur mit Hilfe der psychoanalytischen Methode möglich.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Unter den 21.500 Krankenblättern der Jahre 1949 bis 1951, die wir in der Medizinischen Poliklinik der Universität München durchsuchten, fanden wir 574 Fälle, die wir unter den Begriff "funktionelle Magenbeschwerden" (fM) stellen konnten. Von diesen 574 Patienten konnten 10 Jahre nach der Diagnosestellung 82 katamnestisch untersucht und die Entwicklung der Krankheit verfolgt werden.

Wir gliederten das Material nach medizinischen, soziologischen und psychologischen Gesichtspunkten. Die Ergebnisse wurden tabellarisch geordnet.

Wir kamen im wesentlichen zu folgenden Resultaten:

1. Bei 26 % unserer Patienten hatte sich die funktionelle Störung in eine morphologische Schädigung verwandelt, d.h. es waren im Laufe der 10 Jahre bei ihnen ulcera festgestellt worden.

2. 68 % der Untersuchten wiesen einen ausgesprochen chronischen Verlauf der fM auf. Hierunter befanden sich 17 %, bei denen sich das Leiden im Laufe der Jahre verschlimmert hatte. 8 % klagten noch über die gleichen Beschwerden wie zur Zeit der Diagnosestellung, 27 % wiesen eine Besserung der fM auf. Die übrigen litten jetzt außer den fM an anderen Erkrankungen, darunter vorwiegend an Herzbeschwerden.

   Die Besserung der fM bei einem Teil der Patienten konnte nicht auf bestimmte therapeutische Maßnahmen zurückgeführt werden.

3. Nur 6 % unserer Probanden hatten bei der Nachuntersuchung keine fM mehr, 3,6 % von ihnen waren auch sonst völlig beschwerdefrei.

   Die Heilungstendenz der fM scheint demnach gering zu sein.

   Hier muß jedoch die große Zahl der nicht zur Untersuchung erschienenen Patienten berücksichtigt werden (64 %), die sehr wahrscheinlich heute keine Beschwerden mehr haben.

4. 50 % der Kranken wiesen zur Zeit der Nachuntersuchung mehr oder weniger stark ausgeprägte psychische Störungen auf, die das Magenleiden im Sinne einer Verstärkung oder Auslösung der Symptome beeinflussen. Dies ist vor allem hinsichtlich der Therapie von Interesse.

Die Prognose der fM ist günstig zu stellen, vor allem, wenn man die große Zahl derjenigen Patienten berücksichtigt, die nicht zur Nachuntersuchung erschienen ist (64%), da anzunehmen ist, daß die meisten von ihnen heute keine Beschwerden mehr haben. Somit wird auch der Prozentsatz von Patienten, die morphologische Schäden aufweisen relativ klein. Im Vergleich zu funktionellen Betriebsstörungen an anderen Organen scheint jedoch das funktionelle Magenleiden eher zum chronischen Verlauf zu neigen.

Besonders danken möchte ich an dieser Stelle

Herrn Professor Dr. W. SEITZ

für die Überlassung der Krankenblätter aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München sowie für die freundliche Unterstützung und das rege Interesse am Fortgang der Arbeit.

Mein Dank gilt ebenso

Herrn Dr. J. CREMERIUS,

der mir das Thema der Arbeit gab und mir in allen Phasen der Arbeit mit seinem Wissen und seiner Erfahrung hilfreich zur Seite stand.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. Alexander, F. — Psychosomatische Medizin, Berlin: de Gruyter 1951

2. Bergmann, G. von — Funktionelle Pathologie, Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1932

3. Bichat, A. — Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médicine, Teil II
Bibliothèque positiviste
Paris 1901

4. Bücker, J. — Gastritis, Ulkus und Karzinom.
(Röntgenstudie unter Berücksichtigung formal - genetischer Beziehungen)
Stuttgart: Thieme 1950

5. Cremerius, J. — Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie
Berlin - Göttingen - Heidelberg: Springer 1962

6. Delius, L. — Kreislaufkrankheiten und Nierenkrankheiten bei Kriegsbeschädigten.
Arbeit und Gesundheit, Heft 28.
Leipzig: Thieme 1936

7. Diokles von Karystos — Zit. nach Handbuch der Inneren Medizin, 3. Band, 1. Teil
Göttingen: Springer 1953

8. Doll, Jones u. Buckatzsch — Zit. nach Handbuch der Inneren Medizin, 3. Band, 1. Teil
Göttingen: Springer 1953

9. Döring, A. — Dissertation München 1959

10. Dunbar, F. — Emotions and bodily changes.
New York: Columbia Univ. Press 1954

11. Fleischhauer, H. J. — Dissertation in Vorbereitung

12. Gabler, G. — Beitrag zur Frage gastroduodenales Ulkus und Lebensalter.
Zeitschrift für Altersforschung .
10 : 8 (1956)

13. Glatzel, H. — Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit.
Zeitschr. Psychosomat. Medizin 1 : 11 (1954/55)

14. Hellpach, W. — Klinische Psychologie, Stuttgart: Thieme 1949

15. Hochrein, M. — Herzkrankheiten, Bd. I - II Leipzig - Dresden 1943

16. Jäger, H. — Dissertation München 1962

17. Jores, A. u. Droste, R. — Kritische Betrachtungen zur Therapie der Ulkuskrankheit Münchener Mediz. Wochenschrift 25 (1956)

18. Katsch, G. — Von Gastritis Problemen. Kurse ärztlicher Fortbildung 20 : 1 (1929)

19. Kauffmann, F. — Experimentelles zur Gastritisfrage. Dtsch. Med. Wochenschrift II: 1380 (1929)

20. Kentner, H. — Die heutige Treffsicherheit der Röntgendiagnose bei Erkrankungen des Magens und Zwölffingerdarms Dissertation Würzburg 1939

21. Knutsen, B. u. Selvaag, O. — The incidence of peptic ulcer, an investigation of the population of the town of Drammen. Acta med. scand. Stockholm Suppl. 196, 341 (1947)

22. Konjetzny, A. — Chronische Gastritis und Duodenitis als Ursache des Magen-Duodenalgeschwürs. Beitrag Patholog. Anatom. 71 : 595 (1923)

23. Pflanz, M. — Sozio-kulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. Neur. 28 : 472 (1960)

24. Rauch, R. — Dissertation München 1957

25. Roberts D. W. u. Wylie C. M. — Multiple screening in Baltimore study of chronic illnes. J. am. med. Ass. 161 : 1442, (1956)

26. Salem, G. — Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür im jugendlichen Alter. Langenbecks Arch. u. Dtsch. Z. Chir. 277 : 206 (1953)

27. Seitz, W. - Cremerius, J. — Funktionelle Pathologie und Psychosomatische Medizin. Klin. Wschr. 45/46 : 1065 (1953)

28. Seydl, G. - Matzkait, G. Klütz, W. — Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür nach dem Kriege. Ärztl. Wschr. 28 : 629 (1955)

29. Schneider, K. — Klinische Psychopathologie, Stuttgart: Thieme 1959

30. Schultz, I. H. — Seelische Krankenbehandlung, 4. Auflage Jena: Gustav Fischer 1930

31. Uexküll, Th. von — Funkt. Syndrome in psychosomatischer Sicht in "Klinik d. Gegenwart" Bd. 9. Berlin-München: Urban u. Schwarzenberg 1959

32. Uexküll, Th. von — Psyche 12, 481 (1958)

33. Uexküll, Th. von — Probleme und Möglichkeiten einer Psychosomatik unter dem Gesichtspunkt einer funktionellen Biologie mit experimentellen Untersuchungen zur Ulkusfrage. Klin. Med. 145 : 117 (1949)

34. Wheeler, E. O. - Williamson, Ch. R. - Cohen, M. E. — Neuro-circulatory asthenia (anxiety neurosis, effort syndrome, neurasthenia) A twenty year follow - up study of one hundred and seventythree patients. J. am. med. Ass. 142, 878 - 889 (1950)

35. Wolf, S. and Wolff, H. G. — Human gastric function. New York: Oxford Univ. Press 1943. 2. Auflage.

36. Wolf, S. and Wolff, H. G. — An experimental study of changes in gastric function in response to varying life experiences. Rev. Gastroenterol. 14 : 419 (1947)

LEBENSLAUF

Am 19. Juli 1936 wurde ich als Tochter des Handelslehrers Jakob Hardt und seiner Ehefrau Anna Hardt geb. Elenz in Konz bei Trier geboren.

Von 1942 bis 1947 besuchte ich die Volksschule in Konz und von 1947 bis 1955 das Oberlyzeum der Ursulinen in Trier, das ich mit der Reifeprüfung abschloß.

Anschließend begann ich an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg das Studium der Philologie, das ich 1956 aufgab.

Von 1956 bis 1958 studierte ich an der Universität Tübingen Medizin und legte dort im Sommersemester 1958 die ärztliche Vorprüfung ab. Ich setzte das medizinische Studium an der Ludwig-Maximilians-Universität München fort und unterzog mich im Wintersemester 1961/62 mit Erfolg dem medizinischen Staatsexamen, das ich am 28. Februar 1962 abschloß.